

失智型長期照顧機構居住單元 空間規劃之研究

內政部建築研究所自行研究報告

PG10206-0093

102301070000G0034

失智型長期照顧機構居住單元 空間規劃之研究

研究主持人：靳燕玲

內政部建築研究所自行研究報告

中華民國 102 年 11 月

ARCHITECTURE AND BUILDING RESEARCH INSTITUTE
MINISTRY OF THE INTERIOR
RESEARCH PROJECT REPORT

A Study on Spatial Planning for
Residential Units at Long-term Dementia
Care Facilities

BY
CHIN YENG LING

Nov 29, 2013

目次

第一章 緒論	01
第一節 研究緣起與目的	01
第二節 研究範圍與內容	09
第三節 文獻回顧	12
第四節 用語定義說明	20
第五節 研究方法及流程	27
第二章 國外高齡失智者照護政策及法令評析	33
第一節 丹麥高齡者失智照護相關政策	33
第二節 日本高齡者失智照護相關政策	44
第三節 小結	60
第三章 我國高齡者失智者照護政策法令評析	63
第四章 高齡者失智照護機構環境改善策略芻議	73
第一節 失智者的行為特徵	73
第二節 高齡者失智照護空間規劃需求	78
第三節 高齡失智者環境設計基準	86
第五章 結論與建議	113
附錄一 期初簡報會議紀錄及回應表	119
附錄二 期中簡報會議紀錄及回應表	123
參考書目	131

表次

表 1-1-1 全台 65 歲以上老人失智症(含輕微認知障礙)盛行率	3
表 1-1-2 五歲分年齡層失智症盛行率究	4
表 1-1-3 民國 101 年底全台 65 歲以上老人失智症(含輕微認知障礙)人口推估	5
表 1-2-1 高齡者居住選擇類型	10
表 1-3-1 國內失智症照護政策及環境設計相關文獻 . .	12
表 2-2-1 日本建築基準法規範在老人之家和一般住宅上的差異	53
表 2-2-2 高齡者用居住設施	55
表 2-2-3 供高齡者入住之設施	59
表 3-1-1 高齡者身心機能與居住選擇	63
表 3-1-2 社區安養之居所	67
表 3-1-3 機構安養之居所	69
表 4-1-1、PEAP 日本版 3 評估構面及評估項目	75
表 4-3-1、PEAP 日本版 3 評估構面及評估項目	87

圖次

圖 1-1-1 五歲分年齡層失智症盛行率	4
圖 1-2-1 研究範圍	11
圖 1-3-1 高齡失智症照顧面向	18
圖 1-5-1 研究流程圖	31
圖 2-1-1 丹麥住宅和照護設施的構想	34
圖 2-1-2 丹麥 Sophielund 照護中心平面格局	35
圖 2-1-3 丹麥失智症照護單位案例 1	36
圖 2-1-4 丹麥失智症照護單位案例 2	39
圖 2-2-1 新型特別養護機構的概念	48
圖 4-2-1 考量失智症高齡患者的設施環境	78
圖 4-2-2 失智照護之建築環境規劃設計面向	81
圖 4-3-1 PEAP 評估目標及方法項目	87

摘 要

關鍵詞：福利機構、高齡者、失智

一、研究緣起與目的

根據推估，截至 98 年底我國社區失智病患超過 14 萬人，國內各級長照機構的失智住民亦達 3 萬人，這 3 萬名失智病患多被安置於一般長照機構，顯見失智症照護機構（或專區）之設置有其迫切性。

老人長期照顧機構（失智照顧型）之興建或設立補助是本部本(102)年度推展社會福利政策性之重要項目，失智長者使用的空間需要特別規劃，照護方式也較特殊，然而依據老人福利機構設立標準第 3 節失智照顧型機構 21-23 條之規定，僅有面積大小、設置項目等概要規定，未能反映空間規劃之特殊需求，亦無相關基準或參考手冊，可供相關單位進行機構設立審核及評核作業之參據。

本研究目的，係面對高齡失智問題日趨普遍，長期照顧機構之失智照顧中心的設置需求日增，亟須訂定具體的規劃設計基準，以確保其空間品質，並與照顧服務面向相輔相成。本研究擬彙集國內外相關規範或設計基準等文獻，並應用我國本土性人因工程資訊，研提高齡者失智照護機構應達之環境基準及改善原則，供相關單位參考。

二、研究方法與過程

（一）文獻回顧：

1. 了解我國現行高齡者失智症照護機構（或專區）之空間設置規定及管理機制，對照失智高齡者行為特性與機構照顧目標等，檢視其間有何問題癥結。
2. 研析國外相關法令規範或設計基準之可供參考之處。
3. 回顧我國本土性人因工程研究成果，歸納建築行為相關資訊。
2. 現況分析：現地調查較佳之老人長期照顧機構（失智照顧型）現況，釐清管理單位遭遇之問題，探討需檢討改善之設施項目，歸納亟待解決課題。
3. 焦點團體及專家訪談法：研擬策略建議及空間設計基準，邀集社福團體、產業界、學術界、政府相關單位共同研商。

（二）研究過程

步驟 1：文獻回顧與綜合評析

步驟 2：提出我國現行高齡者失智症照護機構（或專區）之環境改善課題

步驟 3：研擬設計基準草案

步驟 4：邀集產政學研各界研商

步驟 5：研提建議及參考手冊草案

步驟 6：結論與後續研究建議

三、重要發現

本研究經探討後發現問題如下：

- （一）為提升受服務者在機構得到整體性之服務水準，改善失智照顧福利機構之環境品質，亟待撰擬相關參考案

例，提供福利機構執行單位參考。

(二) 為保障老人權益，促進老人福利機構業務發展與經營管理理念，提昇機構服務品質，建議相關單位應建立鼓勵機構團體進行環境改善之機制及配套措施。

(三) 我國失智症單元照顧環境之法令，及福利機構評鑑有關環境設施及安全維護指標，皆著重於空間量的標準，缺乏品質向度的評估基準，評估結果不易呈現優劣差異，亟待建立具鑑別度之指標基準。

四、主要建議事項

立即可行建議

建議一

老人福利機構空間應用智慧化設備等研究課題，規劃納入本所「全人關懷生活環境科技發展中程個案計畫」之分年執行計畫：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

展望未來，兼顧人性化需求的智慧建築，將成為 21 世紀新建築規劃設計的主流。例如，在機構中引進安全監控，建置安全出入監控系統（含服務管理軟體、腕帶式主動標籤、電腦主機、RFID 讀取器等）；以及考量健康照護管理面向，建置無線護理偵測系統（含無線護理偵測系統、床鋪離位偵測組、離位偵測器等）。即時掌

握並保護長者在戶外活動時的安全，以自動化的無形警衛打造智慧化的安全防護空間，若長者有不適情形發生，當班人員能在第一時間立即應變處理。

為此，有關建築智慧化與全人關懷生活環境之關聯，應有相對應之研究課題規劃，擬規劃老人福利機構空間應用智慧化設備之研究，納入本所「全人關懷生活環境科技發展中程個案計畫」之分年執行計畫。

中長期建議

建議二

研提失智型長期照顧機構居住單元空間規劃基準，提供相關單位編擬手冊參考：中長期建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：衛生福利部社會及家庭署

現行老人福利機構設立標準第 21-24 條，對於失智型長期照顧機構之空間規劃，僅限於面積大小、設置項目等概要規定，未能反映空間規劃之特殊需求。

建築環境規劃設計的關注面向應包括安全、和安心兩方面，在此架構下，衍生規劃設計的基本原則為健康、安全、安心、提供適度感官刺激、因應特殊行為、強化自我認知和促進學習的環境等。

因此，在現行法令標準為基礎下，亟須研議失智型長期照顧機構居住單元空間規劃基準，並編擬參考指針

彙集為手冊之方式，提供主管機關做為新建機構之設立審核及評核作業參據。

建議三

現行老人福利機構評鑑及獎勵辦法第 5 條老人福利機構評鑑項目之三、環境設施及安全維護項下，建議權責單位增擬品質向度之相關指標：中長期建議

主辦機關：衛生福利部社會及家庭署

協辦機關：內政部建築研究所

依據老人福利法第三十七條第二項、及老人福利機構評鑑及獎勵辦法第五條第二項，每 3 年針對經許可設立且已營運之全國性、省級公立、公設民營及財團法人老人福利機構，實施老人福利機構評鑑作業。

其中與建築環境空間規劃有關之指標包括 C1. 環境設施、C2. 安全維護等。然而，前述指標僅能評定機構是否達基本之建築法規要求，對於部分已針對失智症者所需之環境，進行品質提升之機構，指標評分機制無法呈現其努力成果，因此建議權責單位在環境設施及安全維護項下，增擬品質向度之相關指標，以鼓勵既有老人福利機構提昇服務品質，造福更多的失智長者。

ABSTRACT

Keywords: Dementia, Seniors, Architectural design principles

Commissioned by Ministry of Health and Welfare, Taiwan Alzheimer's Disease Association has spent nearly two years on surveying and estimating the dementia epidemic nationwide. In 2012, there were 140,408 people over 65 years old suffering from dementia (mild or more serious), satisfying the current disabilities criteria, and requiring assistance in daily life. The social cost derived from taking care of seniors with dementia will be very heavy for younger generations to bear. People diagnosed with dementia can still have a long life expectancy, and with appropriate supportive service, many dementia patients can continue to stay in communities, maintain a good living standard, and make contribution to the society.

The study analyzed the condition of barrier-free environment of long-term dementia care facilities for seniors and reviewed relevant laws, regulations, and government inspection criteria before proposing areas requiring correction. After reviewing relevant domestic and international studies as well as government policies and measures, the authors provided principles for improving the residential environment for seniors with dementia. The authors proposed that the basic barrier-free standards for these facilities should be raised and drafted basic design guidelines for relevant government authorities to refer to. The authors also presented some concrete, feasible, integrated directions and principles that can be used by relevant government departments on revising the laws and acts as well as planning relating strategies.

The conclusions are presented below.

1. To enhance the overall service standard of these facilities and to improve the quality of the environment, it is important to collect relevant

cases for the executive agency of welfare facilities to refer to.

2. To protect the rights of seniors, to help senior welfare facilities develop their business and adopt good operation managerial concepts, and to improve service quality of these facilities, relevant government departments should encourage welfare facilities and groups to adopt mechanisms for improving the environment as well as supporting measures.

3. The current laws and acts regulating the environment of dementia care units in Taiwan as well as the standards on environment and facilities and safety maintenance used in welfare facility evaluation are focused on the spatial aspect; there are little or no evaluation criteria on the quality aspect. Consequently, the evaluation has a poor discriminability. It is very important to establish a set of evaluation criteria with a good discriminability.

The authors offered the following suggestions.

Suggestion 1

For the project about incorporating smart devices into the space of senior welfare facilities, it will be included into the cross-year step-wise plan of our Holistic Living Environment Technology Development: Medium Term Plan.

Authority Institution:: Architecture and Building Research Institute

Suggestion 2

The third suggestion is to set up spatial planning standards for residential units at long-term dementia care facilities to help relevant departments draft their reference manual.

Authority Institution: Architecture and Building Research Institute

Cosponsor: Social and Family Affairs Administration

Suggestion 3

According to Item 3 of environmental facilities and safety maintenance of Article 5 of senior welfare facilities evaluation items of Evaluating and Rewarding Enforcement for Senior Citizens' Social Welfare, government authorities should include qualitative evaluation criteria: Medium/long term suggestions

Authority Institution: Social and Family Affairs Administration

Cosponsor: Architecture and Building Research Institute.

第一章 緒論

第一節 研究緣起與目的

一、緣起

本案係依據本所「全人關懷生活環境科技發展」中程個案計畫之目標，是使所有人無論其年齡、性別、身心機能等差異，都能享有安全、便利、友善的居住環境，包括利用無障礙設施、設備及空間規劃方法，建構出行動不便者可獨立到達、進出及使用之實質環境。

此外，又為配合本部整體住宅政策目標，係基於憲法保障國民基本人權的精神，結合政府與民間資源，在健全的住宅市場、合宜的居住品質、公平效率的住宅補貼與社會住宅的規劃下，使不同所得水準、身心機能、性別、年齡、家戶組成、族群文化之國民，擁有適居且有尊嚴的居住環境。其中執行策略及方法之主要工作項目（二）各類型居住型態建築規劃設計及改善，更為重要環節之一。計畫重點涵蓋居家環境無障礙規劃設計及改善研究，進行高齡者住宅無障礙規劃細部設計研究，並合醫療福利政策，探討現有福利機構之無障礙需求，並就各機構居住者身心機能之差異，研定機構之規劃設計基準，提供相關單位、專業者或民眾參考應用。

其中針對未來高齡社會趨勢衍生居住型態的多樣需求，配合醫療福利政策，依據老人福利法第 34 條，主管機關應依老人需要自行或結合民間資源辦理下列老人福利機構包括老人長期照顧機構、安養機構其他老人福利機構，惟未包含護理之家。擬就前述各機構居住者身心機能之差異，探討研訂建築規劃設計相關基準，以符合高齡民眾寧適安養之需求，提供各縣市政府及社福相關單位，視需要進行案例輔

導改善參考。

在這方面，世界主要先進國家的老人照護政策均以「在地老化」(Aging in place)為最高指導原則，認為老人應在其熟悉的生活環境中自然老化，以維護其生活品質的自主、自尊及隱私。惟「在宅老化」及「在社區老化」必須要有完善的照顧等配套措施，國內近年透過「中低收入老人住宅修繕補助」、「長照十年計畫－居家無障礙環境改善」、「都市更新整建維護補助增設無障礙設施」等方式改善高齡者在宅老化之空間需求及補助措施。

然而，高齡者在老化過程中面臨的不僅是實質的肢體不便，心智層面的老化導致生活的障礙更不宜忽略，尤其近年來「高齡者失智」現象漸獲各界關注與討論。失智症，其英文 Dementia 一字來自拉丁語 (de- 意指「遠離」 + mens 意指「心智」)；是一種因腦部傷害或疾病所導致的漸進性認知功能退化，且此退化的幅度遠高於正常老化的進展。特別會影響到記憶、注意力、語言、解題能力。嚴重時會無法分辨人事時地物。失智症可分為可逆或不可逆，視疾病成因而異，只有不到 10% 的失智症是可逆的。意指心智能力的喪失或損壞，失智症患者是清醒的，甚至並無任何肢體障礙或不便，但其智能損壞程度會愈來愈嚴重，可能影響其日常生活的獨立性。其次，老人長期照顧機構（失智照顧型）之興建或設立補助是本部本(102)年度推展社會福利政策性之重要項目，失智長者使用的空間需要特別規劃，照護方式也較特殊，然而依據老人福利機構設立標準第 3 節失智照顧型機構 21-23 條之規定，僅有面積大小、設置項目等概要規定，未能反映空間規劃之特殊需求，亦無相關基準或參考手冊，可供相關單位進行機構設立審核及評核作業之參據。

二、研究重要性及迫切性

以下說明本研究之重要性及迫切性。依據內政統計通報(101 年第

9 週)，至 100 年底止，台灣地區領有身心障礙手冊之失智症者計 36,783 人，但由於多數失智症患者並未列冊通報，且此項數據未針對高齡者。本研究另參考台灣失智症協會接受衛生署委託，進行歷時兩年多的全國失智症流行病學調查¹，如表 1-1 所示，全台 65 歲以上老人總共完成調查人數為 10,432 人，平均年齡為 76.21 歲，女性約佔 52.32%，男性約 47.68%；其中認知功能正常之老人佔 67.44%，有 19.63%老人顯示為「輕微認知障礙(MCI)」，有 3.51%為「極輕度失智症²」，5.40%為達到身心障礙程度之「輕度以上失智症」($CDR \geq 1$)。

表 1-1-1、全台 65 歲以上老人失智症(含輕微認知障礙)盛行率

調查結果	盛行率(%)
認知功能正常	67.44
輕微認知障礙(MCI)	19.63
失智症	8.91
極輕度失智症 $CDR=0.5$	3.51
輕度以上失智症 $CDR \geq 1$ (符合身心障礙條件)	5.40
未分類	4.02
總人數	100.00

資料來源：台灣失智症協會

其中，輕度以上失智症($CDR \geq 1$)之盛行率，若依五歲年齡區分，65-69 歲人口輕度以上失智症盛行率為 1.51%，70-74 歲人口為 1.73%，75-79 歲為 3.92%，80-84 歲為 8.38%，85-89 歲為 14.36%，

¹本次全國調查以電腦隨機抽樣全台 65 歲以上人口資料，從民國 100 年至 101 年底，以專門訓練之訪員進行家戶訪視，於徵得同意後，以結構式問卷進行調查。結果共訪查 28,600 戶，完成 10432 份調查，完訪率 29.15%。

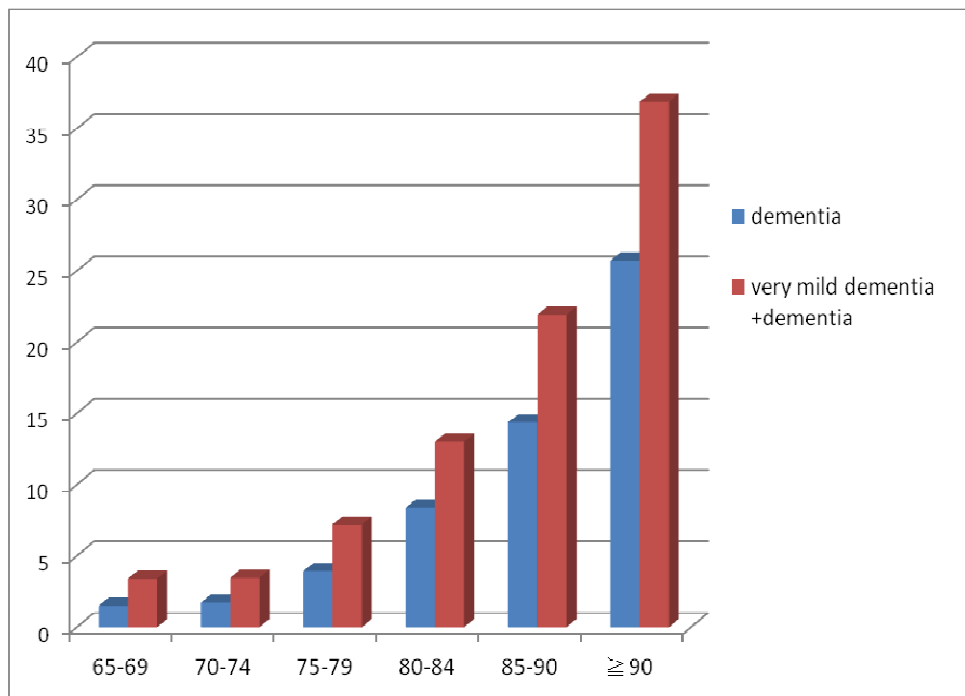
²極輕度失智症的診斷採用 2011 年美國老化研究所與失智症協會 NIA-AA 最新的診斷指引，著重及早診斷出已經罹患失智症的極輕度失智症患者，以及早治療及進行介入措施，期能減緩其惡化，並降低整體社會照護之成本。

90 歲以上為 25.71%。若加上「極輕度失智症」，五歲年齡區分盛行率，65-69 歲人口失智症盛行率為 3.4%，70-74 歲人口為 3.46%，75-79 歲為 7.19%，80-84 歲為 13.03%，85-89 歲為 21.92%，90 歲以上為 36.88%。（如表 1-2）

表 1-1-2、五歲分年齡層失智症盛行率

年齡	輕度以上失智症 (符合身心障礙條件)	極輕度失智症 及輕度以上失智症
65-<70	1.51	3.4
70-<75	1.73	3.46
75-<80	3.92	7.19
80-<85	8.38	13.03
85-<90	14.36	21.92
>=90	25.71	36.88

資料來源：台灣失智症協會



藍色：輕度以上失智症

棕色：極輕度失智症及輕度以上失智症

圖 1-1-1、五歲分年齡層失智症盛行率

資料來源：台灣失智症協會

本次調查結果顯示(如表 1-1-3 及圖 1-1-1)，台灣 65 歲以上人口之輕微認知障礙(MCI)盛行率為 19.63%，極輕度失智症 3.51%，輕度以上失智症盛行率為 5.4%。若以 101 年底老人人口(2,600,152 人)推算，台灣 65 歲以上人口之輕微認知障礙人口有 510,410 人，極輕度失智症 91,265 人，並有 140,408 人為輕度以上失智症且符合目前身心障礙條件，達到生活起居必需他人協助之程度。照顧失智老人的社會成本，將成為下一個青壯年世代非常沉重的負擔。

表 1-1-3、民國 101 年底全台 65 歲以上老人失智症**(含輕微認知障礙)人口推估**

	盛行率	人口數
輕微認知障礙(MCI)	19.63%	510,410 人
極輕度失智症(Very Mild Dementia)	3.51%	91,265 人
輕度以上失智症(CDR $\geq$ 1) (符合身心障礙條件)	5.40%	140,408 人

註：以上未含 65 歲以下失智人口。

資料來源：台灣失智症協會

此外，依據我國人口政策白皮書 101 年度執行檢討報告一少子女化、高齡化及移民高齡化組，完善老人健康與社會照顧體系之六、強化失智症老人照護（99-101 年）部份，衛生署 101 年已完成新增 2 家(恆春、澎湖)本署醫院辦理「失智失能社區照護計畫」，於 101 年度止本署共計完成 11 家醫院設置：基隆、苗栗、豐原、臺中、南投、朴子、旗山、屏東、澎湖醫院及草屯、嘉南療養院。上述醫院截至 101 年底失智症篩檢及衛教宣導逾 1 萬 5,826 人以上，收案數達 1,775 人。其次，101 年補助辦理失智症社區宣導講座 35 場，計 3,043 人

參加，另辦理家屬講座及支持團體共 7 場，計 218 人參加。綜合前述，顯示我國失智症相關課題之研析有其重要性及迫切性。

三、研究目的與內容

本研究目的，係針對高齡失智問題日趨普遍，長期照顧機構之失智照顧中心的設置需求日增，亟須訂定具體的規劃設計基準作為推動之配套措施。例如，失智症患者容易出現空間能力和導向失調的問題，出現無法認路、無法辨別家中物品擺設，迷失方向感等，及社會規範顯示出不關心、忽視等不合理行為，其實失智者仍希望自己被接受，居住環境應避免給予孤立感和分離不安感，諸如此類的課題，亟須訂定具體的規劃設計基準，以確保其空間品質，並與照顧服務面向相輔相成。

因此，本研究擬彙集國內外相關規範或設計基準等文獻，並參考我國本土性人因工程資訊，研提高齡者失智照護機構之空間基準及改善原則，供相關單位參考。

擬就以下幾項重點進行探討：第一，文獻回顧，探討高齡失智症患者的行為特徵，在居住空間中可能面臨之問題。第二，探討國內外相關研究文獻中有關高齡失智症者照顧相關法令，分析有無可供我國借鏡之處。第三，篩選機構中的失智症專區進行現況調查，探討亟待解決之課題。第四，參考日本高齡失智症機構環境指標(PEAP)之空間評估準則，對應前述問題分析，研提具體之改善作法或案例建議，供相關單位參考。第五，提出研究結論與建議，包括具體可行之方向與原則，供相關單位修正法令及研訂推動策略之參考。

四、相關政策與本研究之關聯

依據行政院 97 年 3 月 10 日核定人口政策白皮書之現行相關政策與措施之檢討，指出高齡者住宅相關法規之立法腳步，難以呼應高齡

化社會需求的快速變化，其修正或制定皆有待加強。同時，過去的研究與規定多以各自的法令或研究範疇為主，缺乏介面整合，需要針對前述問題，在實質空間規劃方面整合輔具、單元空間、建築、都市環境及交通工具等，使其介面可以順暢的轉換與聯接。

其次，依據行政院 94 年 2 月 4 日院臺內字第 0940002132 號函核定「照顧服務福利及產業發展方案第二期計畫」發展策略 2、充實多元化照顧服務支持體系，全面提升照顧服務品質。工作項目 2.3.3「研議開發新型服務模式，評估民眾對其需求程度，輔導民間逐步發展。」以及行政院 95 年 9 月 20 日第 3007 次會議通過「大溫暖社會福利套案」第 5 章旗艦計畫-建構長期照顧體系十年計畫、第 3 節計畫重點 4. 利用現有福利機構空間增設失智症老人照護專區。

復依台灣失智症協會 93 年度接受行政院衛生署委託辦理台灣地區社區及長期照護機構失智症盛行率調查資料顯示，台灣地區 65 歲以上人口失智症之盛行率在社區方面平均約為 4.48%，在機構方面，安養機構為 24.54%、養護機構為 61.17%、護理之家為 65.70%。調查資料亦顯示過去 13 年來，每年增加 3,700 人，未來 20 年，每年將增加 5,800 人，亦即 20 年後失智老人人數將增加一倍，由於失智人口的急速增加，因應失智症的照顧模式也已經成為許多先進國家老人福利政策的重要課題之一。

鑑於輔導機構轉型具有多層級照顧功能一直是本部工作重點，另目前財團法人老人福利機構尚有 35% 的空床率，為因應失智症人口逐年增加，照顧之迫切需求，衛生福利部規劃參考日本「生活單位型機構照顧 (unit care)」及「團體家屋」(group home) 模式之理念及作法，協助老人福利機構利用現有空間增設失智症老人照顧專區，減輕家屬照顧負擔，提升失智症照顧品質。

除此之外，為依循本部「建構公民參與、安全無虞、福利照顧、服務便捷與永續發展的優質生活環境」之科技發展願景，並依 96 年

3月1日內授中社字第09607135691號函頒「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」計畫目標包括(一)協助老人福利機構利用現有空間轉型設置失智症老人照顧專區，以落實失智照顧政策。(二)以小規模、多機能的服務模式，滿足失智症老人的多元服務需求。(三)建立失智專區照顧可行性模式，提供失智症老人優質的照顧服務，減輕家庭照顧負擔。

綜合前述，本研究擬先針對失智症照顧之「生活單位型機構照顧(unit care)」模式，探討如何以小規模、多機能的空間規劃設計，滿足失智症老人的多元服務需求，達成高齡失智者活力、尊嚴之生活目標。

第二節 研究範圍

失智症患者的照顧有別於一般失能老人的照顧，最主要的照護目標是維持其日常的生活功能，維持老人的健康及尊嚴，以得到優質的生活品質。在居住環境的規劃方面，宜提供熟悉及支持性的環境以維持其獨立功能及增加適應性；注意安全甚至量身訂作以降低照顧壓力及防止意外的發生；給予適度刺激以增加其活動度及生活參與度。目前多數患者留在社區由家屬照顧，部份則送往機構委托照顧。居家照顧者多數家屬並未接受正規的診療及照顧指導，而失智症特有的問題，如記憶障礙、行為問題、精神症狀，以及無法自理生活照顧等，確實帶給照顧者相當大的壓力與負擔。委托機構照顧者，則常因缺乏個別性安排及充裕的照顧人力，使失智長者的照護品質難以提升。

如表 1-2-1 所示，高齡者依其身心機能狀況及家庭資源，有不同類型與照顧需求，可分成「居家照顧」、「社區照顧」及「機構照顧」三種方式，同時，可對應高齡者居住型態分為在宅老化、社區老化、類社區老化、機構老化等方式。

然而，失智症老人的照顧問題是居家照顧的難題，由於失智症的不可恢復性，失智症患的照顧成為家屬揮不去的夢魘。家屬照顧者在長期照顧的過程中，經常面臨經濟困窘、家庭失和、社會關係隔絕等生、心理上的多重壓力，而失去照顧的信心及耐性，甚者精神瀕臨崩潰，亦常導致失智症患者的照顧者將個人情緒轉移至患者身上而憎惡老人的存在，恐有對患者施虐之虞（莊秀美，2009，p.181）。

目前在社區老化的趨勢之下，高齡失智者可選擇居住在社區中的失智症團體家屋，或者進住提供 24 小時的密集照顧之機構，包括榮

民之家附設之失智症專區³，這也是福利機構在失智者照護上，扮演不可或缺的角色之重要原因。

表 1-2-1、高齡者居住選擇類型

照顧方式	居住類型	定 義
居家照顧	1. 在宅老化	指居住者在原居住環境終老一生而不遷移。
社區照顧	2. 社區老化	指在社區場域中，透過照顧服務的輸送與提供，補足居家照顧之不足，包含日間照顧、家庭托顧、團體家屋
	3. 類社區老化	指脫離原生家庭、社區，專供具生活自理能力無須他人協助老人居住之住宅群，包含公辦民營的老人公寓、由民間企業投資開發或公辦民營之老人住宅、及非經老人住宅登記之銀髮住宅
機構照顧	4. 機構老化	指提供老人 24 小時的密集照顧之設施

資料來源：彙整自李正庸(2012)「高齡者居住型態與住宅規劃之研究」。

其次如表 1-2-1 所示，在我國社政體系架構下，依據老人福利機構設立標準（民國 101 年 12 月 03 日修正通過）第 2 條，老人福利機構分為長期照顧機構、安養機構及其他老人福利機構 3 類。分述如下：

一、長期照顧機構：包括（一）長期照護型：以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。（二）養護型：以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人為照顧對象。（三）失智照顧型：以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。

二、安養機構：以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶

³目前國內最大的失智照護網絡為行政院退輔會所屬安養機構，總共提供 597 個失智照顧病床，讓失智症榮民在接近住家的居住環境中，接受和居家生活一般的日常生活照顧服務。自 96 年 10 月 18 日起，全面推展安養機構資源共享工作，開辦「日間照顧」、「臨托服務」，並設置「社區關懷據點」。

養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象。

三、其他老人福利機構：提供老人其他福利服務。

因此，本案之研究範圍，如圖 1-2-1 所示，擬針對高齡失智者在機構老化之居住型態，並以長期照顧機構之失智症老人照顧專區，且以單元照顧模式為探討重點。

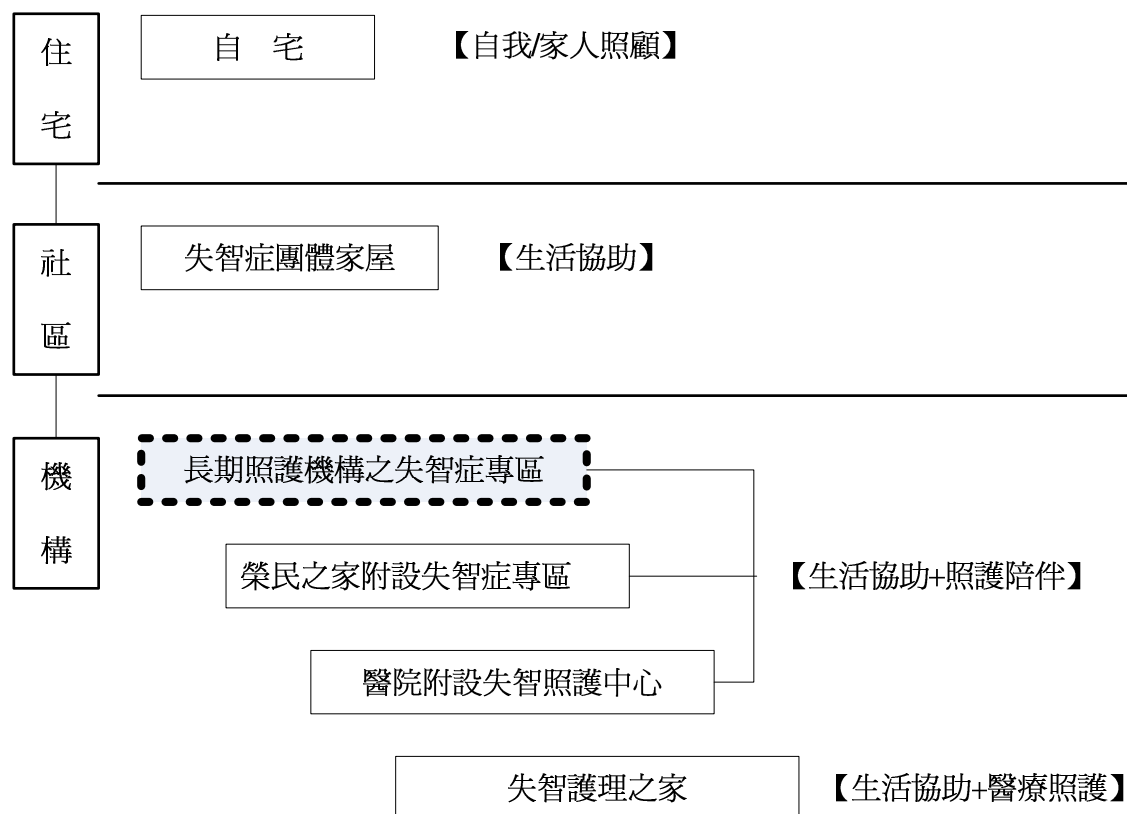


圖1-2-1、研究範圍

資料來源：參考曾思瑜(2011) p. 50-54，本研究整理。

第三節 文獻回顧

本節參考國內現有研究報告及相關統計資料，探討與本研究之關聯及應加以補足之處，釐清本研究之目的與重要性，以及應探討之內容與範圍。

一、國內相關研究文獻

在國內文獻方面，如表 1-3-1 所示，失智症照顧相關研究不論在高齡者行為、醫療照護、社會福利、建築空間等領域，都是極受到廣泛關切的課題，尤其環境空間設計是整合社會醫療及福祉資源的基礎，更為重要。

尤其高齡失智問題日趨普遍，長期照顧機構之失智照顧中心的設置需求日增，亟須訂定具體的規劃設計基準作為推動之配套措施，以確保其空間品質，並與社福照顧服務政策相輔相成。

然而，現行老人福利機構設立標準（民國 101 年 12 月 03 日）第三節失智照顧型機構 21-23 條規定過於簡略，僅針對空間面積加以規範，對於空間規劃層面之品質較少著墨。同時，本部現行「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」、「老人福利機構輔導查核標準」、「102 年度推展社會福利政策性補助標準」、「失智症老人團體家屋試辦計畫」等，目前僅能參考該設立標準。但該基準僅有面積大小、設置項目等概要規定，未能反映空間規劃之特殊需求，不易區分優劣。亟須相關基準或參考案例，可供相關單位進行機構設立審核及評核作業之參據。

表1-3-1、國內失智症照護政策及環境設計相關文獻

名稱	作者	年份	目的	可供參考重點
長期照護	莊秀美	2004	以單位照護為例說	老人福利服務社區化提供模式已成為各國老人福利的發展趨勢，社區

的新趨勢 日本的「小 團體單位 照護」			明近年來 日本長期 照護發展 趨勢，探 討內容包 括「單位 照護」的 意義、發 展過程、 特性、實 施狀況等。	照顧興起的背景主要來自對收容式機構的非正常化及非人道對待等缺失之詬病。其實，透過人性化的空間設計及活動安排、職員質量的配置調整及個人隱私之重視及改良等營運，機構照顧也可以提供符合老人需求的服務。再者，如果進一步能夠連結整合收容性機構與社區照顧兩大體系，讓機構成為社區照顧服務提供的據點，成就機構社會化/社區化的理念，則機構照顧與社區照顧化整為一，將使福利服務的輸送更具人性化。
行政院國 軍退除役 官兵輔導 委員會考 察香港安 養機構報 告	朱嘉義	2001	考察香港 安養機構 以為參 考，病房 治療功 能之設計 配合職 能訓練作 法，使患 者能逐漸 適應現 時生活， 重返社 會或家 庭。	包括隱蔽門、景觀牆、滋味軒、現實定向資訊板、懷舊里、活動室、視聽間、綠茵角、花園蔬果區、小型鳥園。失智房舍門禁、房門設計採活頁式、門把以平桿下壓式取代圓頭旋轉式、房門門板中間為透明壓克力以方便服務人員可由門外直接觀看患者起居生活、餐桌以3字型設計，使用者具安全感、室內均以塑膠內襯海棉包覆牆壁，並置有特置沙發及音響設備，紗窗以半開方式並具遮陽功能，以免刺激患者情緒。及治療室、感官治療室等。
如何營造 失智症老 人生活環 境	陳政雄	2009	失智症照 顧環境之 要件及設 計概念	創造小尺度的生活單元，取代大尺度的機構照顧；少一點限制，多一點交流，創造更多接觸與共享的空間；允許在共用空間或臥室裡，擺設自己的傢俱與物品，像家的感覺。失智老人的生活場所不是收容的地方；優質失智症照顧環境就像住在自己家裡，不會是輸送帶方式的集體照顧。既有的設施，必須制定軟體、硬體的轉型計畫。
96年度赴 日考察失 智症老人 照顧及老 人住宅推 展情形計 畫	陳素春等	2007	透過此參 訪行程， 學習日本 於單元式 照顧、團 體家屋、 老人住宅 之理念及 作法，以 提供未來 台灣推動 之參考。	一、日本介護保險制度之簡介(背景、2006年改正後的介護保險、申請步驟、介護狀態的區分、介護保險的服務內容)，二、失智症老人團體家屋(group home)(日本團體家屋的發展與理念、失智症老人團體家屋之設立基準、失智症老人團體家屋之照護服務，三、單元式照顧(unit care)，四、老人住宅，五、介護療養型醫療設施和介護老人保健設施(介護療養型醫療設施之概要、介護老人保健設施之概要)
失智老人 遊走行為 與徘徊空	陳盈珊	2007	環境設計 基於職能 治療之 精神，被	透過應用心理學、老人學、建築學、環境行為學等領域之文獻，回顧探討失智老人遊走行為、尋路認知及

間元素建構之探討			為應在失智老人扮演的角色，因此環境設計如何有益於失智老人之行為，目前國際的重點課題。	徘徊空間建構之相關理論，及遴選具有不同類型徘徊空間之照護機構個案，進行徘徊空間特性與失智老人遊走行為現象探討。研究方法以個案分析、地理時間軌跡分析、田野調查、問卷調查及統計分析等操作方法，進行徘徊空間個案分析，觀察記錄失智老人遊走路徑軌跡與活動特徵，並採面談訪問、結構式問卷，進行照護人員意見調查。研究成果將為國內提供徘徊空間之規劃設計概念與可應用之環境設計元素，協助我國建立失智老人情境治療之相關機構參考。
日本長期照顧機構參訪報告	黃美娜	2006	參訪日本的長期照護機構及老人相關福利設施，汲取其社區照顧模式之經驗。	日本非常強調照顧模式應先自助，而後家庭照顧，再社區照顧，最後才是公助(社會照顧)，social care 是最後的選擇。強調小規模式的在地化家庭照顧，讓長者有尊嚴及受重視是最好的規劃；目前日本已不允許再增加大型之機構式照顧。而針對失智症照護，應該要去了解長者的世界，去適應他們，不能照我們想的方式去勉強填塞東西給他們。因此，對失智症患者的照顧，有家的感覺是最重要的考量點，照護空間及照顧模式著重家庭溫馨感的營造，房舍外觀如同一般民家，採單人房設計規劃，工作人員與失智長者共同生活為目標。
環境設計的介入措施與情境治療	黃耀榮	2009	如何讓失智老人照護環境成為支持性的環境	探討如何讓環境空間具備職能治療的目標與機制，內容包括支持性的環境與情境治療、環境設計應營造住民之認同感、環境設計對住民遊走行為之因應、環境設計可提供住民適度之感官刺激、環境設計應避免造成住民產生幻覺行為。
Wandering	Coltharp, Richie, & Kaas	1996	探討失智症患者之遊走行為並提出照顧方式建議	處理遊走的原則 (Coltharp, Richie, & Kaas, 1996) 1. 轉移注意力並提供規則的運動。 2. 使個人對遊走產生厭惡並對個案的良好表現給予正向再加強。 3. 同儕彼此鼓勵。 4. 藉由建立自我信心的活動增加個案的自尊。 5. 對於病房單位經常給予定向感的刺激。 6. 使用簡單的標誌給予視覺指示。 7. 經常注意個案給予滿足生理需

				求。 8. 小心使用藥物。 為遊走個案安排環境的建議 (Coltharp, Richie, & Kaas, 1996) 1. 使用看得到的障礙物。 2. 使用電子監測設備。 3. 視覺指示-如：在牆上掛圖片。 4. 使用熟悉的物品。 5. 減少環境噪音。 6. 用低頻、持續且有規律的噪音 (white noise)。
--	--	--	--	---

資料來源：本研究彙整

莊秀美(2004)指出，儘管多數國家皆朝向以團體家屋照顧之趨勢，卻非表示機構式照顧的缺點無法解決。其實，透過人性化的空間設計及活動安排、職員質量的配置調整及個人隱私之重視及改良等營運，機構照顧也可以提供符合老人需求的服務。如果進一步能夠連結整合收容性機構與社區照顧兩大體系，讓機構成為社區照顧服務提供的據點，成就機構社會化或社區化的理念，則機構照顧與社區照顧化整為一，將使福利服務的輸送更具人性化。

陳政雄(2009)提出失智症照顧環境之要件及設計概念，歸納失智者的感覺與環境適應，失智者的環境改善原則包括：確保安全與安定、提供有意義的休閒活動、強化環境的認知力與方向感、提供適當的環境刺激與挑戰機會、發揮自律與自制能力、因應症狀與老化的改變、持續以前舒適與親切的事物、保護必要的隱私、鼓勵社交機會、提供家族團圓機會等。

陳盈珊(2007)認為，台灣地區已有11萬以上失智老年人口，而失智症個案之問題行為的處理已成為照顧者最嚴重的負擔，其中遊走行為的現象更是許多家屬無法將失智老人留在家中居家照護的重要原因之一。過去研究認為對於非認知功能有障礙的患者，在可掌控的環境中提供運動及刺激的機制將是有益的，而且可減少照護者的負擔。回顧探討失智老人遊走行為、尋路認知及徘徊空間建構之相關理論，

及遴選具有不同類型徘徊空間之照護機構個案，進行徘徊空間特性與失智老人遊走行為現象探討。

黃耀榮(2009)指出，除醫療、護理照顧、職能治療之外，「環境設計」扮演重要角色，可發揮「情境治療」之功能。包括強化感覺與環境適應、環境設計營造認同感、因應失智者遊走行為、環境設計避免產生幻覺等。

朱嘉義(2001)考察香港安養機構，病房治療功能之設計著眼在配合醫護及職能訓練作法，使患者能逐漸適應現時生活，重返社會或家庭。例如香港地區失智養護機構均設有感觀牆、現實定向資訊板、懷舊里、活動室、視聽間、綠茵角等，以刺激患者視覺和觸覺及聽覺，進而減緩症狀繼續惡化；各類型單位因受地理環境限制，大都位於高樓層內，老人進出不便，活動空間狹小，但其發展出小而美之家庭佈置，堪為借鏡學習。同時，除提供診治護理治療外，均極重視職業及物理治療，設有物理治療室（置各種復健器材）、職業治療室（置有現實定向訓練、視、聽、嗅、觸覺等感官訓練記憶訓練等）由專業人員對每位老人評估後，依個別需要實施各項治療活動。

有關日本經驗，依據陳素春(2007)的參訪心得，日本為因應失智症長者日益增加，提供失智症長者妥善照顧，除團體家屋、單元照顧外，也提供失智症長者日間照顧及小規模多機能型居宅介護，其中小規模多機能型居宅介護服務包括居家服務、日間照顧、喘息服務等。另外對於家有遊走老人之家庭提供支持服務，或提供GPS租借服務，對於失禁長者提供寢具乾燥、洗滌服務。設立地域包括支援中心，執行業務包括有關高齡者介護與服務諮詢、擬定介護預防計畫、介護預防事業管理、防止虐待老人事件發生、照顧管理者的支援與網絡支援聯繫等。

其次，黃美娜(2006)指出，日本非常強調照顧模式應先自助，而後家庭照顧，再社區照顧，最後才是公助（社會照顧），social care

是最後的選擇。強調小規模式的在地化家庭照顧，讓長者有尊嚴及受重視是最好的規劃，針對失智症照護，應該要去了解長者的世界，從參訪日托中心、失智老人group home及特別老人養護院等地可發現，最適合長輩們居住終老的所在，其實不見得是美觀新穎，設備高級的住所，反而設備雖然普通，但它著重營造家庭的溫馨感，以及處處用心的擺設與照護。工作人員通常會在吃飯的時候，將坐輪椅的老人移位至一般的座椅上，和一般老人一樣用餐，去除其因身體功能障礙所導致的差異化，令人感受到體貼與用心。

前述文獻對於高齡失智症之行為特性及居住需求分析，可作為本研究訂定研究範圍及歸納問題癥結之參考。

三、小結

綜上所述，完整之高齡失智症生活環境範圍涵蓋住家、社區、機構建築物、交通運具、大眾運輸設施等，由於失智症患者並非肢體障礙，從外表無法觀察得知，而是屬於心智的退化疾病，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。換言之，如圖1-3-1所示，必須由社會性環境(家人親友陪伴)、物理性環境(支持性的生活空間)、以及營運性環境(福利機構的照顧系統)等層面相輔相成，促進長者達到自尊、自立的活目標。

經由前述文獻回顧，可初步了解高齡失智症照護環境之關切重點如下：

- (一) 空間規劃應符合單元式照顧原則，以營造「家」的氣氛：依據老人屬性（失智程度、城鄉背景等）規劃照顧單元，照顧單元就是生活單元，照顧服務員就是生活陪伴者。應確保個人隱私，人

性化的空間設計，提供社交機會及活動安排，並兼顧職員質量的配置調整，讓長者獲得尊嚴及受重視之感。

(二) 環境設計應營造住民之認同感：應有懷舊的環境佈置，避免失智長者面對新的環境導致不安或困惑，懷舊情境的建構有助於失智老人透過遠期記憶，理解自身所處目前之年代，穩定其情緒。

(三) 因應遊走行為規劃安全的徘徊空間：失智老人常出現沒有目標、沒有目的地且又不知身在何處的遊走行為，應考量給予遊走患者一個安全、合宜的環境，提供鍛鍊或復健的機會，要比約束遊走患者來的有效益。徘徊空間應符合無岔口、無端點、形成迴路的原則，採取小中庭式、大迴廊式、室內徘徊、戶外徘徊等設計，確保在某一區域內的活動安全，避免走失或誤入其他危險空間。

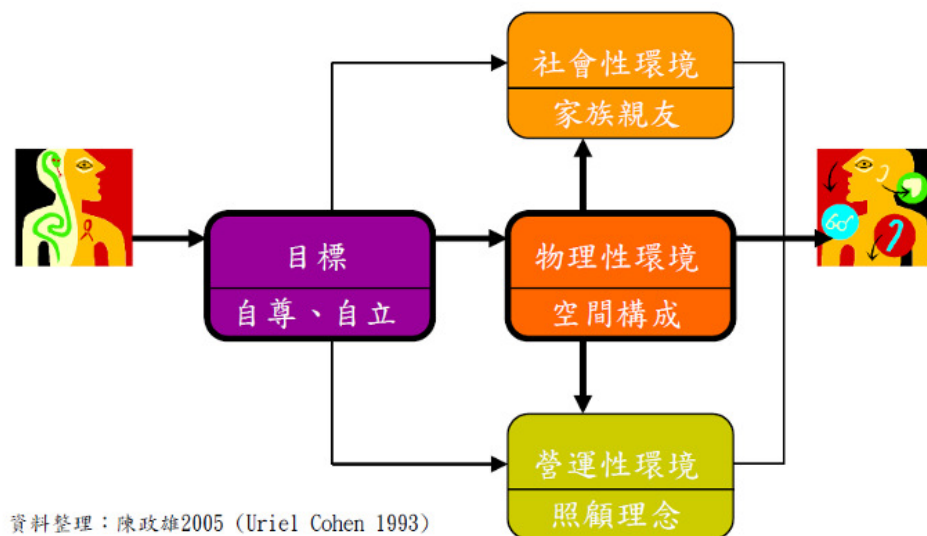


圖1-3-1、高齡失智症照顧面向

資料來源：參考陳政雄(2005)

(四) 空間安排應提供適度感官刺激，並避免使用易生視覺誤導之建材：室內引入適當的陽光、柔和的日照，避免採用對短波不敏感（紫色、藍色、綠色等冷色系統），易導致辨識力困難，多採用對

長波對比色(黃色、橘色、紅色等暖色系統)增強辨識力，牆面、地板、家具選擇看得清楚的鮮明、對比顏色，以增進空間認知。避免複雜花色或質感導致混亂及亢奮，加強居住的隔音，提供懷古的音響、小鳥叫聲等，芳香可以增進甦醒、提神，鎮定心情、減低攻擊性。

第四節 用語定義說明

本研究之用語定義分別敘述如下：

1. 在地老化 (Aging in Place)：是世界各國對老化的新趨勢，未來的社區照護模式與趨勢。在地老化 (aging-in-place) 的概念1960年代始於丹麥、瑞典等國，指的是用在地的資源照顧老人，讓老人在自己熟悉的地方自然老化。由於「在地老化」理念對長期照護範疇及發展趨勢造成以下改變：1. 逐漸從「機構式照護」修正調整成住家並加強「居家、社區式照護」。2. 和社區既有語言、思維、飲食、文化、生活型態、素材等相結合，發展多元化的「在地服務」。3. 重視社區既有資源的連結，建構社區照顧支援網路。4. 科技化住宅、遠距醫療、老人公寓或照顧住宅興起。
2. 失智症⁴ (Dementia)：失智症是用來描述一種漸進式功能退化症狀的名詞。當醫師診斷病患罹患失智症時，這表示病患可能出現了明顯的記憶力衰退、智力喪失、思考障礙、社交及情緒功能障礙以及出現異常的行為等症狀。通常我們會發現病患先出現的症狀是——病患會經常遺忘最近發生的事情，以及有困難去處理日常生活作息、及過去熟悉的工作。對病患本身可能會出現的有個性改變、行為改變、失去判斷力、說話時找不到合適的字眼來表達、思考障礙或是對於一些指示無法遵從等。失智症有很多不同的類型，最常見的是退化性失智症，其中最常見的是阿茲海默氏症 (Alzheimers Disease)，另外還有路易氏失智症 (Dementia with Lewy Bodies) 及額顳葉失智症 (Frontotemporal Dementia)。阿茲海默氏症是一種大腦漸進式退化 (neurodegeneration) 的疾病，它侵襲大腦

⁴ 資料來源：財團法人天主教失智老人社會福利基金會
<http://www.cfad.org.tw/attention.php>

中對於思考、記憶及語言的部份。這種疾病的發生是漸進式的，同時病患的病情也是慢慢的變壞。

3. 高齡者（老人）：依據我國老人福利法第2條，係指年滿65歲以上之人⁵；此外美國社會保障局裁定達65歲者，有權享受社會老人救濟利益；世界衛生組織以年滿65歲為人的老化的開始，並定義年齡滿65歲人口，佔總人口7%以上者，為老人社會。前述以年齡為指標，除在行政制度上考量的意義外，在老化過程中並沒有一致性。本研究係採年滿65歲以上者為高齡者之定義。
4. 機構式照顧：依據許佩蓉(2006)等人的分析，「機構」之原意為「提供特殊目的而設置之建築」空間，可進一步延伸出『照護機構』之定義，即『提供特殊個人、生活、健康及安全照顧維護之地點、場所或設施，其照護（顧）內容可包括住宿服務、醫療、護理、心理諮商、交通接送及社會性服務等』。故機構式照護為一特定之地點、場所或設施，受照顧者（即住民）生活於其中，且須有居住過夜之事實或情況。是以，機構式照護是指需要長期照護的病患居住在機構中，由機構提供全天候的綜合性服務，服務內容可以包括：住宿服務、護理醫療照護、個人照顧、交通接送服務、心理諮商服務、物理治療和職業治療等。機構式照護能為需要密集照護者提供完整而且高密度專業照護的型態，可以減輕病患家屬在精神和體力上的負擔。凡是病情嚴重、依賴度高、沒有家庭照護資源、沒有社區資源的病患，都是機構照護的主要對象。
5. 團體家屋（group home）：「團體家屋」為北歐與日本盛行的新型態照顧模式，於1985 年創始於瑞典，日本於1995 年開始試辦，1997 年建立制度化，稱為「失智對應型老人共同生長期照護專欄活援助事業」。團體家屋是提供少數失智老人共同生活的場所，有

⁵ 我國原住民以 55 歲為法定之老人。

個室及共用空間的小規模家庭化環境，可以是新建或改建的整棟獨立住宅、集合住宅的一部分，或附設於老人之家、醫院內。揮別大型機構式的照顧型態，家屋強調照顧社區化，在環境與氣氛的營造上，也走向居家、溫馨、人性及小型化，採廿四小時照顧，要讓失智老人時時刻刻就像回到「家」一樣，達到安心居住、緩和失智症狀徵候、滿足家族親情、減輕照顧負擔、減少長期住院、降低建造費用等六大功能。

6. 小規模多機能居家照護 (unit care)：所謂「小規模、多機能服務」是屬於「社區密切連結」的一種服務型式，就是主要是回應高齡者的一種新的服務方式，讓高齡者即使到需要照護的狀態（主要是失智症高齡者），也能在人際關係和生活環境熟悉的社區中，繼續維持以往的生活型態，有尊嚴地過自己想過的生活樣式。故以「日間照顧的通所機能」為主，再結合「訪問」及「住宿」兩種機能的服務型態，能持續提供24 小時不間斷的照護服務是其最大的特徵。具體來說，以高齡者生活社區密切連結地設置服務據點為中心，在此服務據點可以進行日間照顧、臨時住宿、夜晚或有緊急需求時可以到宅訪問，當面臨在自己住家繼續生活下去有困難時，也可以移住到服務據點等，可以因應使用者及家人的狀況與需求，彈性地提供各種服務，也就是讓高齡者「365 日，24 小時安心」的服務體系。
7. 失智症日間照護(顧)中心⁶(day care)：收容輕中度失能或失智症患者且無法定傳染病者，白天由機構的專業人員提供照顧活動，傍晚接回家仍能與家人共處，長輩比較不會覺得被遺棄，而是去參加活動或上課的感覺。失智日間照顧機構，除了基本的生活照顧服

⁶ 資料來源：台灣失智症協會社會支持中心

(http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/support_resources06.html)網頁資訊。

務、護理服務外，更提供適合失智長輩的多元化的活動，例如：懷舊團體、感官刺激、認知訓練、社交活動等，透過規律的作息安排與活動參與，可維持失智長輩較佳功能，舒緩問題行為，並增進失智長輩及家屬的生活品質。

8. 失智症居家服務⁷：居家服務的目的在於，協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人及身心障礙者得到所需之持續性照顧，以提升其自我照顧能力、舒緩家庭照顧者壓力，以及提供家屬學習適合之照顧技巧，期能增進個案及家屬之生活品質。失智症患者病程進展過程中，若有面臨日常生活功能需他人協助，家屬可以向當地長期照護管理中心申請居家服務員到家中提供照顧。包括：(1)家庭及日常生活照顧服務：換洗衣物之洗滌與修補、個案生活起居空間之居家環境清潔、家務及文書處理、陪同或代購生活必須用品、陪同就醫或聯絡醫療機關(構)、其他相關之居家服務。及(2)其他相關身體照顧服務：協助沐浴、穿換衣服、進食、服藥、口腔清潔、如廁、翻身、拍背、肢體關節活動、上下床、陪同散步、運動、協助使用日常生活輔助器具、及其他相關身體照顧服務。
9. 失智症居家護理⁸：失智症患者在病程進展過程中，若有面臨需要居家照護技巧指導時，家屬除了可以向當地醫療院所或長期照護管理中心洽詢辦理家屬照顧技巧訓練班的課程外，亦可向居家護理單位申請居家護理師到家提供指導，而當失智患者因健康問題而有技術性護理及醫療服務需求時，家屬可申請居家護理服務，由受過訓練的居家護理人員到家提供技術性護理之服務。以符合健保給付居家護理服務收案對象：病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時間，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。有明確之醫療與護理服務項目需要服務者，及罹患慢性病需長期護理之病人或出院

⁷ 同註 5

⁸ 同註 5

後需繼續護理之病人。包括：(1)訪視及診察（身體評估）：一般治療處置（膀胱訓練、大小量灌腸、傷口護理及換藥、簡易血糖測定、簡易尿糖測定、抽痰等），(2)呼吸、消化與泌尿系統各式導管及造口之護理（鼻胃管、尿管或氣切等管路）代採檢體送檢（抽血檢查及代採檢體送檢），(3)有關病人護理指導及服務事宜（護理指導、復健運動及指導、營養評估及指導、返診連繫）。

10. 失智症專區⁹：屬機構式照顧的一種，目前失智症機構式照顧可分為三種模式：混合型（失智加失能）、專區型（失智症專區）、專責型。由於照顧中、重度失智症患者常會造成家屬相當大的壓力，如果加上家中照顧人力不足、家屬健康狀況欠佳，而無法提供失智症患者完善的照護時，為了讓患者及家屬都能有較佳的生活品質時，可考量24小時的全天候照顧機構。機構式的照護除了有專業的護理人員協助身體評估、護理服務；照顧服務員提供日常生活協助；另外還有社工師、職能治療師等提供相關的福利資源與復健服務。

11. 老年精神病房¹⁰：失智症患者除了記憶力和認知能力的退化外，也會改變患者的情緒及行為，大約有七到九成的失智症患者會發展出一項以上的精神行為問題，而造成照顧者的困擾。當精神行為症狀嚴重，經醫師評估有住院之必要時，將建議並安排入住老年精神科病房。透過醫院的詳細檢查，找出造成嚴重精神行為症狀之可能導因，並加以治療或調整藥物，待精神行為症狀緩和再返回社區由家人照顧。老年精神科病房是針對60歲以上的老年人，有下列問題與需求時，經醫師評估後入住：(1)有自殺或自傷行為者，(2)有明顯的怪異行為、妄想、幻覺，無法於門診治療者，(3)有攻擊、破壞行為或有潛在性暴力，(4)嚴重的抗精神病藥物副作用，(5)須進

⁹ 同註 5

¹⁰ 同註 5

一步抗精神病藥物治療，包括肌肉注射或靜脈注射，(6)須做電氣痙攣療法，(7)需要完整的治療項目環境，包括職能治療、團體治療、個別心理治療及藥物治療，(8)自我照顧能力降低、造成營養不良。

12. 日本對認知症高齡者的環境支援指針(PEAP¹¹)：兒玉桂子日本版PEAP3的理想設定目標是著重在建構失智特別照護單元的療癒環境，強調整體生活環境並非機構制式化的氛圍，而是家庭化、居家化溫馨情境的實踐，故具體建構出八項環境治療目標，仔細定義每項治療目標並提供相關評估問題及判斷基準，類似操作手冊或指針的形式，以提供失智症照護業者或工作人員參考並評估其機構環境。
13. 行動不便者：係指個人之生理或心理條件下，無法在依據一般人需求設計之建築環境中活動自如，在使用空間時受到限制者¹²。其中，永久性行動不便者包括視覺障礙者、聽覺障礙者、肢體障礙者（含上肢障礙者、使用輪椅之下肢障礙者、使用輪椅外之輔具的下肢障礙者、心智障礙者）。
14. 暫時性障礙者：係指因為疾病、傷害、從事日常活動，或導因於不同生理階段之變化，或臨時性的事故或在某種情境下，致使個人生理活動受到某種程度之限制，產生行動上的障礙。例如孕婦、抱小孩者、持重物之購物者、病患、骨折患者、心智未成熟之幼童、

¹¹ Professional Environmental Assessment Protocol(簡稱PEAP)，依據曾思瑜(2009b)歸納指出，PEAP 量表強調高齡者照護機構現場田野評估，近年有關高齡者居住設施環境範疇的評估量表，有1989 年兒玉參照MEAP 量表中PAF 和POLIF 的概念，所開發的「建築環境及設施環境服務檢核表」、國立醫療·醫院管理研究所設施計畫研究部的「機構環境評估檢核表——特別養護老人院篇」，及2000 年日本照護及環境研究協會「日本版3 PEAP」等三種評估量表。

¹² 本定義參考田蒙潔、劉王賓(2004)「無障礙環境設計與施工」第壹冊用語定義。

心智退化之老年人等皆屬之¹³。

15. 建築環境：針對建築物之屬性及其品質水準做描述，係指運用空間規劃及設計手法及設施設備，使建築物空間足以支持高齡失智者可自立生活起居。
16. 建築物：依據建築法第四條，建築物為定著於土地上或地面下具有頂蓋、樑柱或牆壁，供個人或公眾使用之構造物或雜項工作物。另依據建築法第五條所稱供公眾使用之建築物，為供公眾工作、營業、居住、遊覽、娛樂及其他供公眾使用之建築物。及依據建築法第六條所稱公有建築物，為政府機關、公營事業機構、自治團體及具有紀念性之建築物。
17. 建造行為：依據建築法第九條，建造行為包括新建、增建、改建、及修建。
 - (1)新建：為新建造之建築物或將原建築物全部拆除而重行建築者。
 - (2)增建：於原建築物增加其面積或高度者。但以過廊與原建築物連接者，應視為新建。
 - (3)改建：將建築物之一部份拆除，於原建築基地範圍內改造，而不增高或擴大面積者。
 - (4)修建：建築物之基礎、樑柱、承重牆壁、樓地板、屋架或屋頂、其中任何一種有過半之修理或變更者。

¹³同註 10。

第五節 研究方法及流程

一、研究架構與方法

(一) 國內外相關文獻蒐集與分析

回顧國內外高齡者失智照護機構相關法令或基準內容、蒐集相關案例及改善原則。

1. 法令及政策：

(1) 相關法令：

a. 福利機構：團體家屋（內政部失智症老人團體家屋試辦計畫）、老人福利機構設日間照顧設施（老人福利機構設立標準第 5、11 條）、護理之家設日間照顧設施（護理機構分類設置標準）、社區式日間照顧（老人福利服務提供者資格要件及服務準則第 57、58、59 條）、家庭托顧（老人福利服務提供者資格要件及服務準則第 67、68 條）。

b. 社區安養：

(a) 大型（50 人～300 人）公立及財團法人安養機構（老人福利機構設立標準第 4、25、26、27 條，小型公立及財團法人安養機構（5 人～49 人）（老人福利機構設立標準第 2、4、25、28、29、30 條）。

(b) 大型（50 人～300 人）公立及財團法人安養機構（老人福利機構設立標準第 2、4、14、15、16 條）、小型（5 人～49 人）公立及財團法人安養機構（老人福利機構設立標準第 2、4、14、17、18 條）。

(c) 長期照護機構（老人福利機構設立標準第 2、4、9、10、11

條)

(d)失智照顧機構(老人福利機構設立標準第2、4、21、22、23、24條)

(e)護理之家(護理機構分類設置標準之「護理機構設置標準表」)

2.回顧丹麥、日本等國外文獻，比較各國對於失智症照顧化政策、基準及評估設計原則等，探討有何特色、及應用於我國之適宜性，了解現行之國際趨勢如何，以及有何可供我國借鏡之處。

(二) 現況案例蒐集

1.檢視現行老人福利機構設立標準之不足，了解高齡失智機構居住單元空間現況及問題，擇定案例進行調查，以圖片及照片說明其不足之處，分析實際案例是否足以支持高齡失智者行動可及性及可用性，尺寸、配置數量或設計原則是否適宜等，探討問題癥結。

2.回顧國內外優良案例，彙整可供參考之原則及做法。

(三) 研提改善建議

綜合研析國內外相關文獻後，參考兒玉桂子「日本對認知症高齡者的環境支援指針(PEAP)」，有關失智特別照護單元的環境評

估尺度 peap 理論及實務原則¹⁴，研擬彙整高齡失智照顧居住單元設施改善方法及規劃設計之建議。

(四) 專家座談

彙總前述內容，採焦點團體及專家訪談法，本研究中係透過期中簡報及期末簡報會議執行，從實際執行層面切入，邀集社福團體、產業界、學術研究、政府部門等相關團體共同研商，藉以檢視研究建議之可行性，進行修正並形成共識，期能提升技術與實務上之應用價值。

本研究預期成果及效益包括：

(一) 分析現行高齡者失智照護機構無障礙環境現況，檢視相關法令及主管機關查核標準，提出亟待修正之項目內容。

(二) 彙整國內外相關研究文獻及法令政策措施，提出高齡失智者居住環境改善之原則，供相關單位參考。

(三) 研提高齡者失智照護機構應達之無障礙基本標準，研提具體之基準內容之手冊草案，供相關單位推動建置無障礙環境參考。

(四) 提出具體可行之整合方向與原則，供相關單位修正法令及研訂推動策略之參考。

二、研究步驟及流程

¹⁴ 日本版PEAP 的評估項目由：1)認知及辨識方面的支援 (Maximize Awareness & Orientation)；2)安全和安心的考量 (Maximize Safety & Security)；3)私密性的確保 (Provision of Privacy)；4)環境中刺激的質和量之調整 (Regulation & Quality of Stimulation)；5)對住民機能性能力的支援 (Support for Functional Abilities)；6)對自我選擇與決策的支援 (Opportunities for Personal Control)；7)對生活繼續的支援 (Continuity of the Self)；8)促進住民間的社交互動 (Facilitation of Social Contact) 等八個評估構面所構成，總共包含 34 個評估項目，145 個評估內容。

(一) 研究步驟

研究步驟概述如下：

1. 回顧國外相關研究及政策，從世界思潮變遷、政策理念、及支援措施體系等各方面，有無可供我國借鏡之處。

2. 蒐集高齡失智症人口資料，以台北市、新北市為範圍，擇定部分福利機構進行現地參訪，並採訪談或召開座談會方式了解相關單位之觀點，嘗試找出現況問題癥結。

3. 釐清課題，蒐集國內有關公園無障礙相關法令，進行現況分析與評析，分析是否足以建構高齡失智者良好之居住空間水準，檢視可及性及可用性，不同法令考量之面向是否完整，相關評鑑指標除了「量性評量」，是否兼顧「質性指標」；對高齡者照護機構環境評估量表應除了「基本需求」是否提昇到「發展需求」層次的評估構面，歸納亟待解決之課題。

4. 第四步驟將初擬課題，分析高齡失智照顧居住單元設施改善方法及規劃設計之建議內容，及研提法令制度面之建議事項，作為相關單位修正法令及研訂推動策略之參考。

(二) 研究流程

綜上所述，本研究流程如圖1-5-1所示：

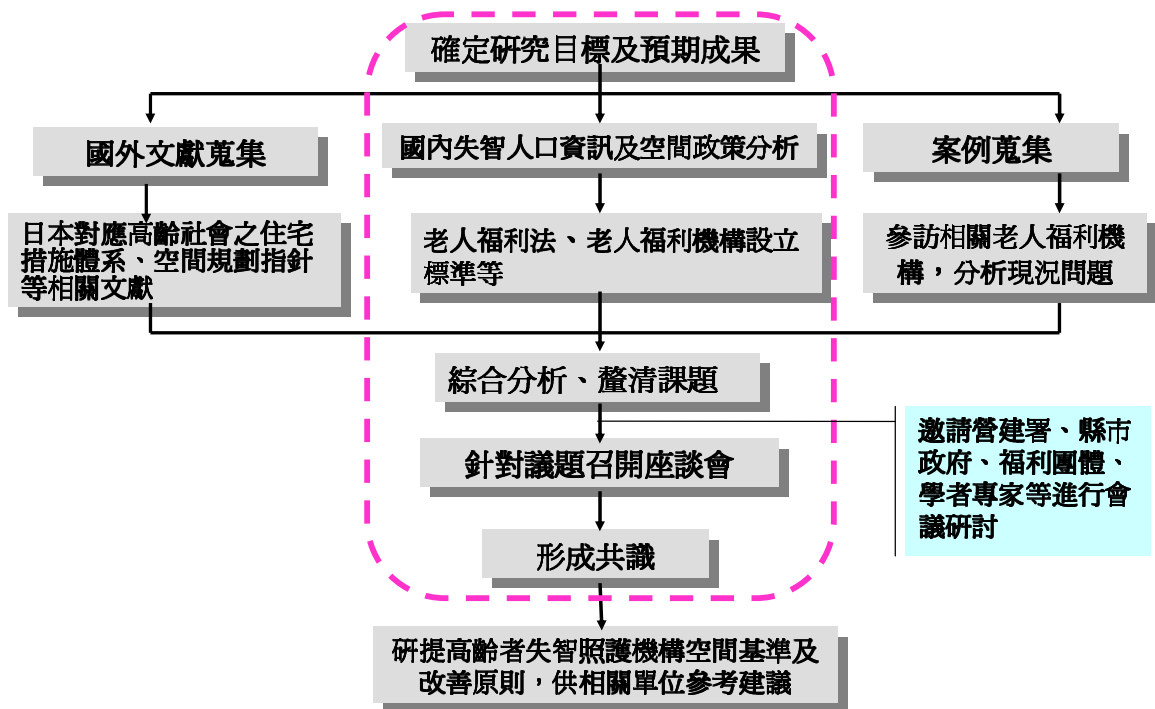


圖1-5-1、研究流程圖

資料來源：本研究研擬

第二章 國外高齡失智者照護政策及法令評析

第一節 丹麥高齡者失智照護相關政策

依據林田富(2012)之考察報告指出，目前丹麥人口560萬人，65歲以上大約100萬人，有17.7萬人接受在家老人照顧，占有老人18—19%，在養護中心的老人人口約為5%，老人可以自己選擇服務人員或機構，以前只有公立單位，自十年前開始有民營單位加入，由政府針對服務項目訂定單價，並負責監督與評鑑。丹麥政府面臨雙重人口挑戰，人口老化造成更多人需要服務，但人口老化也造成勞動市場人力供給減少，雙重壓力下將使問題更為嚴重，財務方面因全球金融風暴也呈現不足，該國現在希望扭轉國人的家庭觀念，招募志工增加人力，並運用高科技降低人力需求，藉此突破困難。

復健與預防計畫方面，丹麥98個自治區幾乎全部都在推行老人服務復健計畫，在未來3年內將會投入2600萬丹麥克朗，目的是藉由地方政府復健計畫讓老人更獨立減少依賴，獲得生活更大的滿足，以增進生活品質。另外再投入850萬丹麥克朗推動預防工作，協助老人保持身心與社會功能健全、延緩老化、降低依賴。這個計畫跳脫以往只重視身體的訓練，進一步延伸到關注整個個體，包括社會關係、營養、喪偶、牙齒、獨居等，推動成效尚在評估中。

儘管如次，丹麥政府仍重視民眾之科技福利，由於人口老化雙重壓力、全球金融危機、慢性病增加、老人要求自主權及更多個人服務需求下，丹麥老人服務正面臨挑戰，由於丹麥本身工業發達，政府積極思考如何將科技導入公部門老人福利，高科技輔具包括視訊、GPS、電子寵物、掃地機器人、行動馬桶、吊床等等，丹麥政府要求地方政府及醫院需配合辦理並評估成效，在實證研究下，掃地機器人可節省

50%的工作時間，吊床設備可讓原本須兩人的工作簡化為一人獨立完成，透過科技輔助確實可以讓照顧者與被照顧者彼此獲利，同時也可節省人力與財力，並維持相同服務品質。

其次，兒玉桂子、足立啓、下垣光、潮谷有二（2009）實地調查Birkebo、Hannebjerg及Sophielund三所失智症照護單位及團體家屋的概況，歸納分析比較丹麥的失智症照護單位有以下幾項特色：

(1) 高齡者福祉的趨勢—從設施移至住宅

丹麥為描繪出高齡者福祉未來遠景，於1979年設立「高齡者醫療福祉制度改革委員會」。該委員會1982年時，在遵照「高齡者醫療福祉政策3原則」之下，提出「尊重人生持續性」、「尊重自我決定」、「活用僅存能力」，而這3項也成為現今高齡者福祉政策的理念。其次，1987年時制定「高齡者·障礙者住宅法」。透過此法律，中止了Plejehejm(老人之家)的新建工程，且為能滿足高齡者的各種需求，提供高齡者住宅、照護住宅、團體家屋等各種形態的住宅，在選擇上更具彈性。

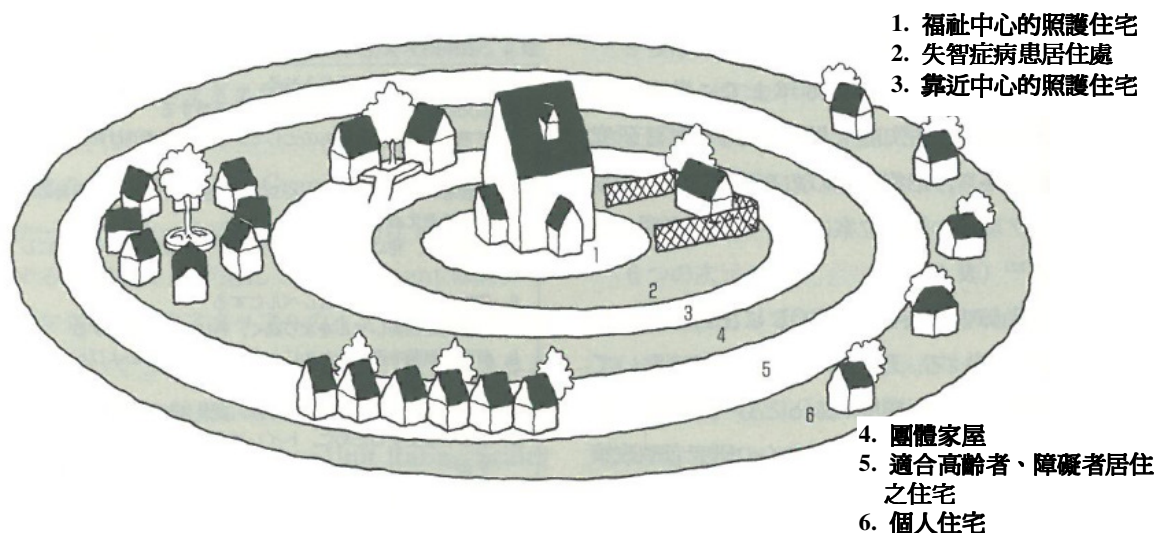


圖2-1-1、丹麥住宅和照護設施的構想(赫爾辛格市)

資料來源：兒玉桂子等（2009）

在此潮流之中，對高齡者福祉和住宅形態的思考觀點，也從儘可

能在自家生活，轉變成在做出自我決定前先搬至適合之住宅。例如赫爾辛格市將住宅視為地區內的據點，並以照護核心的綜合高齡者福祉中心為中心，再向外依序規劃出①福祉中心的照護住宅(位於同一建地內，最靠近福祉中心的照護住宅)、②失智症病房區(分成獨立設置，以及設置於福祉中心照護住宅的部分區域內)、③靠近福祉中心的照護住宅、④團體家屋、⑤適合高齡者、障礙者居住之住宅和⑥個人住宅(如圖2-1-1所示)。

但此種規劃排序並不一定反映實際的位置關係和距離，而是愈接近中心需照護程度愈高。若須進一步照護時，可在獲本人同意之下，搬至適合的住宅居住。若實際觀察高齡者居住形態的變化趨勢，可發現1988年至1997年的10年間，老人之家由48,011間減少至35,639間，2個房屋附浴室、廚房的新型高齡者專用集合式住宅則由3,805戶增加至29,040戶。

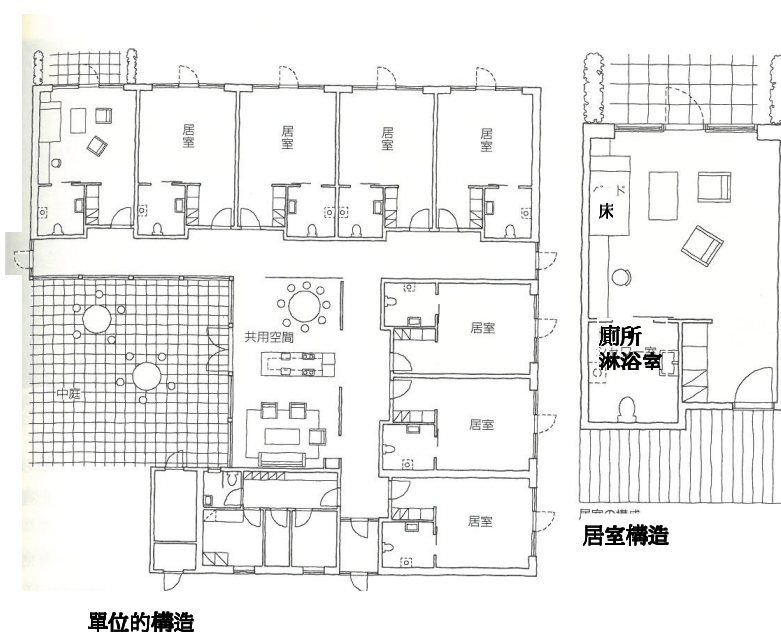


圖 2-1-2、丹麥 Sophielund 照護中心平面格局

資料來源：兪玉桂子等（2009）

也就是說，丹麥藉由「從設施移至住宅」實現了①援助高齡者，使其可安然渡過今後的生活、②從人生走向，乃至於日常生活瑣事皆

讓高齡者自我決定，周遭人士則尊重其決定、③提供適合的居住環境和福祉設備，讓高齡者儘可能活用其僅存能力。

(2)失智症照護單位的特徵和案例

對失智症高齡患者提供遵照前述3項原則的照護服務、建造團體家屋，和利用老人之家的居室單人房化・單位化，整頓出近似高齡者自宅和家庭的環境。在此依據2000年8月聽訪調查的結果，整理出丹麥失智症照護單位的特徵。之後再從整理對象的老人之家「Birkebo」(赫爾辛格市)、「Hannebjerg」(Horsholm市)失智症病房區、團體家屋「(Sophielund)」(Horsholm市)中找出共通點。



照片 1
家人照片和多年來愛用的書桌



照片 2
放置照片和充滿回憶之物品的置物櫃



照片 3
能悠閒坐下放鬆心情的沙發和喜愛的畫

圖 2-1-3、丹麥失智症照護單位案例 1

資料來源：兒玉桂子等（2009）

a. 少人數制

失智症高齡患者為在認知功能上出現障礙的人，為了實踐藉由提供易於活動的空間、賦予其在小規模人際關係中的角色定位，來緩和和生活行動上的障礙，以及將易陷入混亂的情況降至最低此一想法，而採取了少人數制。

通常會在考察居住空間和員工人數、員工教育程度和經驗等之後

再決定1單位的最佳居住人數，但大體上約為10人左右。而日本厚生勞働省則在「對應失智症型共同生活照護(老人之家)之指定基準」中規定入住人數為「5人以上9人以下」。例如

(a)Birkebo：於失智症病房區設置2個單位。每個單位為12人，共計24人。

(b)Hannebjerg：於失智症病房區設置2個單位。每個單位為8人，共計16人。

(c)Sophielund：由3個單位組成。每個單位為8人，共計24人。(如圖2-1-2)

b. 配置充足的職員

定義為「跟隨在入住者旁」的單人工作，每一位入住者皆可獲得充足的人員，希望藉由採取隨時關注的制度實現下列目標：

- ① 並非採取全體人員的行程由老人之家決定的模式，而是每1位成員皆能以各自的步調生活。
- ② 由職員從旁適當引導和幫助「早上起床後刷牙」、「至廚房幫忙準備早餐」等日常生活行動，儘可能讓入住者自己執行。
- ③ 並非規定時間，讓入居者同時更換尿布，而是在充分掌握每一位入住者的排泄習慣後，引導至廁所協助排泄。例如

(a)Birkebo：每1單位12入住者白天配置4位職員，深夜則是1位職員。

(b)Hannebjerg：每1位入住者可獲得的職員數經日制員工換算公式計算後為1.1人。日制職員每週工作時數為37小時，而每週須工作41小時才能維持1位入住者的生活。

(c)Sophielund：每1單位8入住者白天配置3位職員，小夜班2位職員，但深夜則是每3個單位配置2名職員。此外，職能治療師為日制員工，每3個單位配置1位。

c. 確保生活的持續性

為了讓入住者得以在日後生活上生存，並未極力限制入住者攜帶私人物品入住，希望能重現入住者自家的環境(詳圖 2-1-3 照片 1～3)。共用空間則同時擺放新舊物品，打造出考量到入住者內心感受的環境。生活時間方面亦先向家人詢問入住者的生活經歷、生活習慣且確定已充分掌握後再安排，讓入住者可維持原有的生活步調。

罹患失智症的患者們帶有親切感、活動、有效利用環境等是連結過去和未來的手段，並能引導出社會人際接觸和有意義的活動。因此，應建構出全體員工在理解此一功效下執行照護工作的體系，並積極加以活用。例如

- (a)Birkebo：在制定的目標中，進一步明確定義「職員學習家人所擁有(入住者本身和照護入住者相關)之知識和經驗」。照護基本上為「維持原有之生活步調平靜地生活著」。
- (b)Hannebjerg：每一位入住者的照護人員(聯絡人)向家人等詢問入住者的生活經歷，以維持、繼續原有的生活模式。
- (c)Sophielund：記錄每一位入住者的生活情形(聯絡簿)，讓職員之間得以相互了解入住者的狀況。雖然設施因為是共同生活的場所，必須制定一定的規範，但入住者可於自我喜好的時間起床、用餐，不必配合其他入住者。



照片 4
利用圖畫、觀葉植物、桌巾等調和環境的餐廳



照片 5
能和家人、朋友暢談的個人專屬電話是和親友保持聯絡的重要工具

圖 2-1-4、丹麥失智症照護單位案例 2

資料來源：兒玉桂子等（2009）

d. 重視家庭氣氛

除了居室外，共用空間亦被定位為入住者的住所，因此，應在客廳、走廊等處設置沙發、牆上擺設圖畫、放置觀葉植物等，試圖營造出家庭氛圍。而職員在工作時間穿著私人服飾，亦能讓入住者覺得如同待在家裡一般，而非冰冷的設施。

另外，職員並非照顧入住者一切生活起居，而是儘量讓入住者自行打理，並和職員一起準備餐點、茶水等。例如

(a)Birkebo：認為餐廳是非常重要的場所(照片○)。在失智症病房區專用餐廳擺放觀葉植物，以及在牆壁掛上圖畫。亦可撥放令人放鬆、和緩的音樂等。員工則每天向入住者說到「這裡就是您的家。請讓我們照顧您」。

(b)Hannebjerg：在光照充足處設置失智症病房區專用的簡易廚房設備和餐廳。員工和入住者悠閒地喝茶話家常、歌唱可說是極為重要的活動。

(c)Sophielund：將重現「早上起床後刷牙」、「至廚房幫忙準備早餐」等家庭日常生活瑣事視為活動之一，希望儘可能由入住者自行執行這些工作。

e. 保護隱私權

個人居室相當於每一位入住者的家，員工在取得入住者同意後才可入內。雖因為共同生活的場所，必須制定一定的規範，但仍尊重入住者在自己居室的生活。排泄、入浴、換裝等亦非以員工方便行事為考慮，而是優先保護入住者的隱私權。例如

(a)Birkebo：幾乎所有的入住者都包著尿布，但配合每一位入住者的排泄狀況，引導其至廁所排泄，保護排泄時的隱私。

(b)Hannebjerg：可要求設置個人專用電話，讓入住者能在自己居

室內，心無所慮地和家人、朋友盡情暢談(照片5)。

(c)Sophielund：可在自己居室內用餐，若時間配合得來，亦可選擇和其他入住者共同用餐。

f. 確保溝通無礙

確保溝通無礙可說是提供高品質照護的重要方法之一，入住者、員工、家人三方須致力確保彼此之間溝通無礙。例如

(a)Birkebo：「員工心得」11個項目中，有7個項目為「注視著入住者」、「簡潔明瞭地傳達訊息」等和入住者溝通相關之注意事項。

(b)Hannebjerg：在評價照護品質上極為重視「對話」，會確認是否時常和入住者對話、是否能提供滿足入住者的照護服務。亦規劃教育、研修課程讓員工進修，以進一步提升自我的溝通能力。由於員工橫跨多種職種，每週會聚集所有員工1次，並以聯絡人為中心，談論入住者的狀況。各居室內設置家人和員工可相互聯絡的白板，具體對外傳遞重視「對話」的形象。

(c)Sophielund：在認知如何理解失智症入住者所發出之字句是一件重要的工作之下，重視員工在處理個別案例之中學會溝通技巧。

g. 尊重自我決定權

除了人生重大事項外，亦讓入住者決定如何渡過每一天的生活，或保證不干涉其決定。例如

(a)Birkebo：設施目標明確指出「讓入住者保持其個性、自我決定權、自我責任至極限，並確保生活品質」、「讓每個人自行決定如何度過每一天」。

(b)Hannebjerg：認為由入住者自行決定自己人生乃是生活基本事項之一。

(c)Sophielund：起床、用餐時間自由，可在自己居室內用餐。在

使用福祉設備上亦尊重本人決定。

h. 活用僅存能力

員工並非代為處理所有事務，而是努力讓入住者儘可能自行處理自己的事，活用自己僅存的能力。另外，可視個人狀態適當地使用福祉設備。例如

- (a) Birkebo：並未特別安排物理治療師協助復健。由於常乘坐輪椅容易導致下半身無力，可利用步行器訓練步行以進行復健。在進行復健時，員工務必隨側在旁。
- (b) Hannebjerg：可視個人問題，利用適合的福祉用具。員工須了解向入住者伸出援手的最佳時刻為何。
- (c) Sophielund：雖然家人希望讓容易翻倒在地的入住者乘坐輪椅，但乘坐輪椅可能導致肌力衰退和難以自行行走。因此，員工在入住者翻倒時，最先做的不是勸說其乘坐輪椅，而是在同時考量確保安全性和活用僅存能力之下，尊重入住者是否乘坐輪椅的決定。

i. 共享資訊

為了滿足入住者需求，提供高品質照護服務，員工和入住者、員工和員工、員工和家人之間應共享入住者本身和受照護狀況等資訊，並積極加以活用。

- (a) Birkebo：由於家人和員工間的關係良好與否，和是否可提供高品質照護服務予入住者息息相關，因而在走廊牆壁的告示板上黏貼員工大頭照，並寫上當日負責照護的人員姓名等，向家人提供相關資訊。
- (b) Hannebjerg：雖決定「飲食」、「移動」、「梳妝整理」、「行動」、「社會性」、「孤獨」、「精神面」、「障礙・疾病」、「醫療」等全部15個項目分別由哪位員工負責，但為讓員工可共享入住者相關資訊，每週會聚集所有員工一次，相互交換所

知資訊。

(c)Sophielund：每個月由主要照護人員、入住者本人、職能治療師共同決定照護計劃。由於此為共通事項，全員必須遵守，但若有任何不滿或問題，可在每月變更計劃時提出意見。在「聯絡簿」上填入每一位入住者的狀況，且由於員工們都必須了解入住者的狀況，因此務必(向家人詢問等)於聯絡簿上填寫入住者的生活史。

j. 設計出可協助認知障礙的環境

建築物必須設計易於了解之構造，以讓認知出現障礙的失智症患者易於察覺自己想走的方向和場所。

(a)Birkebo：以顏色區分每個單位各自的門、門框和扶手，讓入住者易於認出自己的單位。且為了方便入住者辨識出自己的居室，在門上方的橫向告示板上貼上入住者姓名，以及本人可辨別的照片(例如動物、花等)。

(b)Hannebjerg：著重在照明和採光、顏色對比上，以幫助入住者掌握空間。具體來說，例如避免使用令人感到刺眼的材料，注意設置玻璃和鏡子的場所、變更門和牆壁的色彩，易於辨識出門、避免地板顏色過暗、桌子勿使用看起來髒污和易誤認之仿大理石設計等。

(c)Sophielund：門、門框、地板、牆壁等處使用對比明顯的色彩。

k. 定位在最終住所

幾乎所有入住者都是在老人之家結束人生最後一幕，因而老人之家被定位在最終住所。員工要做的就是幫助入住者在人生最後一段路上能正常生活，平穩地迎接死亡的到來。

(a)Birkebo：在目標上即揭櫫「幫助入住者平穩地迎接死亡」。當身體疾病需照護程度不高時，將移至一般居住區，但仍保有繼續居住在失智症病房區個人居室的權利，對許多人來說，老人

之家等同於自己最終的住所。舉例來說，即使罹患癌症也不會移至醫院，而是從醫院派遣醫療人員至老人之家，雖然可能因必須一直吊掛點滴而必須暫時住院治療，但老人之家仍舊是入住者的家。

(b)Hannebjerg：個人居室相當於每個人的房間，擁有居住至臨終之時的權利。

(c)Sophielund：雖曾有一些病患因失智症惡化，生命垂危而遭到退住，但對大部分的人來說，這裡仍是最終住所。在入居者臨終之際將聯絡家庭醫師，但醫師依舊不會前來老人之家。

(3)照護目標和員工心得

在失智症照護單位中，將提供失智症高齡患者一個能自我決定，在人生最後旅程上活出自我的照護環境。例如Birkebo將持續提供上述環境納入整個老人之家的目標中(參照第4章第2節)，而這也是照護的特徵之一。另外，Birkebo亦印刷照護心得並發送予所有員工(參照第4章第3節)。在執行日常業務之中，利用紙張書面方式多次確認易忽略的注意事項，將有助於設定前述目標和提高照護之品質。

第二節 日本高齡者失智照護相關政策

一、日本高齡者失智照護福祉設施的需求及趨勢

(一)長壽化社會和高齡失智症患者漸增

事實上，失智症高齡患者伴隨著社會長壽化人數不斷增加中，失智症病發原因不明，罹患此病的患者所出現的症狀亦有所差異，然而現階段即使是高度發展的最新醫學，仍無法查明致病因素，再加上治療方式又不明確，面臨無法完全避免罹患此病的困境。另一方面，人口結構已和以往大不相同，原本由夫妻二人和孩子所組成的核心家庭在孩子獨立後，將只剩下年老的父母，可預想的是，未來因另一半去世，獨自生活的高齡者人數必然日漸攀高。失智症專門醫師和研究者也指出，失智症病發和獨居時的生活型態、日常生活刺激過少之生活習慣等存在著因果關係。然而，失智症的照顧目標僅止於避免症狀惡化。

(二)養老院的出現和團體家屋的遽增

回溯過往年代，日本在歷經高度成長期後，不論是經濟或社會狀態等皆呈現穩定、上升之趨勢，許多高齡者希望能留在已習慣的住家，和家人一直共同生活下去。日本在 1990 年代，針對高齡者希望留在自家生活的心願，提出暫時居住和日間照護等設施，藉由小型巴士接駁服務等方式，推動居家照護服務等對策。然而，當時制度仍處於草創時間，且僅有集團興建各設施提供照護，為尊重高齡者的自主性，必須依各高齡者的狀況，提供適當的個別照護服務，照護相關專家有感於為了實現個別照護的目標，有必要積極推動其他配套措施。

例如，依據不同地區照護失智高齡患者及家人需求，由民間團體自主建造並營運該地區之「養老院」，提供日間照護和短期入住服務的極小型設施，故亦被稱為「日間之家(day home)」或「迷你型日間

照護中心(mini day service center)」。

此種養老院並無確切之定義或官方稱謂，大多為因應地區需求所生，經改造民宅興建而成之小型設施，以少數幾位失智症高齡患者為對象，成立初期因屬自主營運之任意事業設施，服務以提供住宿為主，但亦可依使用者要求，延長住宿期間，經營型態不受制度等規範。自開始實施照護保險制度後，亦可在獲指定為入住照護和居家照護之設施後，擴大其經營事業之範圍。

另一方面，福祉制度先進的北歐諸國則是於 1980 年代後半起，設置數位失智症高齡患者和專屬照護人員共同居住的失智症高齡患者團體家屋。日本亦可在養老院等看到其雛形，參照瑞典等國以高齡者為中心之照護制度，於 90 年代初期開始著手建造養老院。一開始並非自主營運，1997 年時由原厚生省將其歸類為「對應痴呆(失智)症型老人共同生活援助事業」，進一步制度化。其中，團體家屋屬於「無肢體障礙但仍須照護之失智症高齡患者共同生活，在 5~9 人的小規模生活場所中，和照護職員一同準備三餐、打掃、清洗等」。換言之，入住者除了接受一般生活照護外，鼓勵將其僅存之生活能力發揮至最大限度。

因此，在規劃思維方面，須依據失智高齡患者擁有之能力提供援助，使其可自力生活之新的居住和照護形態為目標。事實上，照護者也發現各地陸續興建的團體家屋中，失智高齡患者日常生活比預期的還要安靜、沉穩許多，也因此，團體家屋又被視為「痴呆(失智)高齡患者照護上的最佳手段」。

日本的照護保險制度已將團體家屋視為「對應痴呆(失智)症型共同生活照護」，並定位為居家服務。經由此照護保險制度，即使非屬社會福祉法人或醫療法人，甚至是民間公司亦可獲得允許開設團體家屋，開創志工團體和民間非營利團體等營運模式。2003 年，日本全國導入照護保險制度的團體家屋共有 266 所，到 2005 年 5 月時則急

速增加至 6600 所。

團體家屋的遽增也帶動市場上擁有照護失智高齡者經驗的照護者需求量增加，尤其，團體家屋的照護人員中一半以上(約 6 成)相關經驗未達 3 年，照護人員不足的問題逐漸浮上台面。此外，制度規定可入住者為「可參與共同生活之高齡者(指須照護程級 3)」，卻未提到對無法共同生活的重度失智症高齡患者的處理方式。這群失智程度嚴重、被排除於入住團體家屋之外的失智症高齡患者，除了特別養護機構外別無其他收容之處，在等待入住特別養護機構期間，避免失智症高齡患者症狀惡化，對扛起照護責任的家人形成極大的壓力，但不得不面對的現實是，大多數的患者症狀只會急速惡化。

二、日本高齡者照護福祉設施的變遷

日本的高齡化比率(65 歲以上人口佔總人口之比率)已經超過 14% 以上，急遽的高齡化造成單身高齡者及夫婦的數目增加，伴隨龐大的居住及照護需求已成為重要的社會問題之一，不僅是政府單位關切的重點，近年來民間團體的財團法人或建設、保險公司早已注意到這種銀髮族市場的特殊需求及未來發展潛力，紛紛投入興建各種銀髮住宅的行列。依據坂本啓治(2007)指出 65 歲以上之高齡者人數於 2004 年 10 月 1 日達 2,488 萬人，佔總人口 19.5%，刷新過往的最高記錄。而且，依據 2005 年版『高齡社會白皮書』推估高齡化比率持續增加中，預計 2015 年為 26%、2040 年將達 33.32%。日後將從高齡化社會移轉成長壽化社會。此長壽化可說是並非只起因於改善衣、食、住及其他生活基本環境和醫學發達，幫助死亡率降低，同時亦受到少子化的推波助瀾，導致出生率減少所帶來的現象。日本高齡者居住設施之類型及特色，包含非社會福祉設施在內的居住型設施(如表 2-2-2)，及純屬社會福祉設施，且以提供養育、療育、看護、復健、更生為目的之機構(如表 2-2-3 所示)。

(一) 舊型特別養護的單元化和新型特別養護機構

日本 65 歲以上之高齡人口中，獨居、高齡者家庭中各有 1/3 須接受幫助和關切，三代同堂中亦有 1/4 的家庭和須需要接受援助者同住。此外，將近 4 成的高齡者即使身體虛弱不堪仍希望可繼續住在自己的家，即使照護程級 5(重度，須接受照護者)，仍有 1/4 患者不想離開自己的家。值得注意的是，佔須照護者約半數的失智症高齡患者日後將持續增加，甚至可能增加至總人口人數的 1 成，令人深感不安。

日本在 2004 年實施的照護保險制度尊重高齡者的自主性，提倡「重視居家照護」，但亦有相反觀點，強烈希望入住設施接受照護，因而形成設施照護和居家照護的二極化現象。入住相關設施接受照護並非只起因於自宅過於狹小，而是浴室寬度、設備不足，再加上子女皆外出工作，無法充分照護，雖然失智症高齡者是在自宅內生活，但無法讓人安心，而負責照護的家人負擔亦重，甚至造成家人每日生活大亂、疲於奔命。尤其是照護保險制度中的服務根本無法滿足失智症高齡患者的照護需求。同住之高齡者若了解失智症者之身心狀況，家人為了保住家庭生活，通常會改以安排失智症高齡患者入住至團體家屋。

如同前述，當失智症狀在團體家屋不斷惡化嚴重到無法和他人共同生活時，將被團體家屋退住，必須離開。對病患感到困擾的家人雖然是病患最終棲息之處，但依然未曾中斷將病患送到特別養護機構的想法。然而，失智症高齡患者人數增加和設施數量(可入住人數)之間並未取得平衡，等待入住的人數遠遠超過可容納人數。在雙方失衡之下，現階段特別養護機構入住者約 9 成為照護等級 4~5 的重症需照護者，而其中大多數為失智症高齡患者。特別養護機構的照護方式，是安排所有入住者一同於大型餐廳內集體用餐，以及一齊帶領至廁所等。此種照護方式限制住入住者的自主性，對入住者來說，雖然居住

在自家所無的大空間內，但卻無法悠閒渡過餘生，整個生活完全無品質可言。

另一方面，在團體家屋內的生活安靜且穩定，許多照護者也體驗到意料之外的生活模式。其次，機構逐漸注意到必須將入住的高齡者編成一個一個小團體，以實現個別的照護。照護職員希望能定期探視各個團體，藉此模式個別的針對每一位高齡者提供無微不至的照護。

入住高齡者以 10~14 為單位進行生活單位的編組，為了讓團體成員感受到如同居住在家裡般的家庭氣氛，特別設置了個人居室和餐廳等小且精緻的空間。此種照護方式主要特徵，雖居室以 4 人房為標準，但每一間皆是單人房。亦即每間個別居室皆為單人居住，以確保居住者擁有足以尋回自我的空間。以此種方式提供個別照護的型態稱為個別居室單元照顧，且因為全新的設施照護方法並受到眾人關注，故又稱為「照顧的革命」。即使是大型照護設施也從「設施內的照護服務」，轉變成宛如「在家生活」的居住福祉型照護設施。

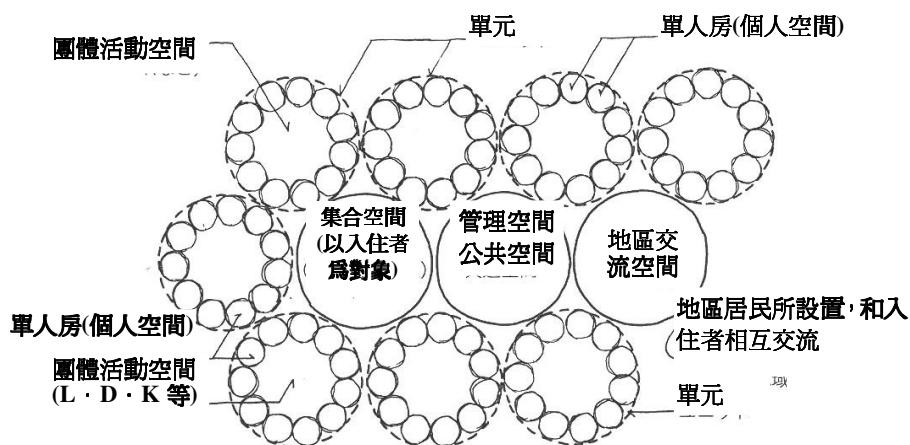


圖 2-2-1、 新型特別養護機構的概念

資料來源：坂本啓治(2007)

在「照顧的革命」潮流中，著重個別居室單元照顧模式，為了推動所有居室為個人房，且在各單元設置起居室、餐廳、廚房等團體活動的共同生活空間，2002 年起實施新型特別養護老人之家(如圖

2-2-1 所示)的新型特養設施的設施整頓輔助制度，取代既有的特別養護設施，另一方面，對於位於醫院和住家中間、擁有 30 萬床的老人保健設施，則制定補助其轉型至單元照顧之修建費用的補助金制度，讓特別養護設施、老人保健設施逐步轉變成個別居室單元照顧模式。

此外，日本政府也同步修訂照護保險制度，由於日本的使用照護保險者遠遠超過原本預設的人數，影響保險財政之平衡，入住照護設施的高齡者除了照護之外，飲食和居住費用亦由保險支付，但相對的，接受居家照護的高齡者卻只適用保險中的照護服務規定，造成入住設施的高齡者和居住於自家的高齡者在負擔費用上出現明顯落差，為此，提出「修正使用者負擔費用」，改正部分不公平之處，讓入住設施之高齡者和居住於自家的高齡者相同，負擔部分的飲食費和居住費，並自 2005 年 10 月 1 日起施行。

其次，為了抑制因需要接受照護程度的惡化，導致保險財政必須增加支出的情形，更須徹底落實照護保險法基本理念的「自立援助」，並自 2006 年 4 月 1 日起提供稱為預防性給付的全新預防性照護服務。以被判定「需援助」和「需照護」之高齡者的 7~8 成為對象，讓被區分為「需援助 1」和「需援助 2」者接受新的預防性照護服務。此服務提供肌力訓練、營養改善、口腔照護和預防性拜訪照護等，將原本的拜訪照護和一般型日間照護轉變成預防型後，重新分類接受照護者。不符合需照護資格的 65 歲以上高齡者則接受預防性照護健診，享有和判定需照護之預防性給付同樣的服務內容。該新型預防性照護服務被歸類為地區援助事業，並在重視維持、增進健康的觀點下，於 2006 年 4 月 1 日起和預防性給付同步實施。

一般而言，一個家庭包括父母和孩子，或再加上孫子在同一屋簷下生活。當父母因某些因素必須接受照護時，照顧者大多為長媳和女兒，偶爾由另一半接手照顧。若和居住在鄰近地區的遠親來往密切，

則在遇到困難時，親戚亦會伸手提供協助。然而，現今社會的人口型態已轉變成核心家庭為主，和其他地區的親戚之間亦不若以往密切往來。在此社會趨勢之下，單獨生活的高齡者增加，長壽化趨勢下失智症高齡患者的日益增加，更進一步突顯了問題的嚴重性。另外，由於高齡者希望待在自家的想法依舊根深蒂固，但只以既有的設施服務（入住至特別養護機構和老人保健設施）和居家服務卻又無法滿足地區內的福祉需求，因而亟需於兩者之間新設置地區密集型服務，且自2006年4月1日起開始實施。上述提及的服務架構內容必須更加充實，尤其對於失智症高齡患者而言更顯重要。

（二）結合社區資源的高齡福利機構—小型多功能居家照護設施

曾思瑜（2009a）指出，為達成「在地老化」的理想，社區照顧的實施已成為政府推動老人照顧政策的重要方向。向來世界各國的高齡者福祉設施的政策方向，都是先依照入居對象的身心機能狀況分類，仔細劃分福祉設施類型後，再依照其機構屬性提供照護服務，屬於「縱向垂直」思考策略導向。這樣會造成高齡者身心機能退化時必需遷移到其他性質的機構，面臨需重新適應人、事、物等的環境壓力。

跳脫傳統思考窠臼，採「橫向水平」整合的解決策略，日本於2006年4月將「小規模多機能服務」制度化，正式納入照護保險制度中。其目的為讓高齡者即使到需要照護的狀態（主要是失智症高齡者），也能在人際關係和生活環境熟悉的社區中，繼續維持以往的生活型態，有尊嚴地過自己想過的生活樣式。故以「日間照顧的通所機能」為主，再結合「訪問」及「住宿」兩種機能的服務型態，能持續提供24小時不間斷的照護服務是其最大的特徵。具體來說，以高齡者生活社區密切連結地設置服務據點為中心，在此服務據點可以進行日間照顧、臨時住宿、夜晚或有緊急需求時可以到宅訪問，當面臨在自己住家繼續生活下去有困難時，也可以移住到服務據點等，可以因

應使用者及家人的狀況與需求，彈性地提供各種服務，也就是讓高齡者「365 日，24 小時安心」的服務體系。

「小規模多機能」是指一個設施能對有限的使用者提供複數種類的服務，最大人數限制為 20 人，可提供日間照顧（day service）、喘息服務（short stay）或是居住機能的團體家屋（group home）等。其最大優點是不會因為使用者的身心機能退化、罹患失智症或家庭中照護人力變化等狀況，必需轉換到另一個福祉設施。在可以依照使用者及營運管理單位的狀況，自由地調整提供具彈性的各種服務的政策支持下，使用者可以在熟悉的環境中，保持生活及照護的連續性，落實就地老化（aging in place）的目標。

此外，日本介護保險實施後老人照顧需求越來越高，為提供大量的服務，雖然日本法規很嚴格，但對小規模多機能的限制卻相對較鬆。例如，以居家服務為例，服務員並未限制必須具什麼資格，而原來法律規定服務員不能陪長輩散步或陪診，但小規模多機能則不受限制。另外，日本一般團體家屋限收失智症長輩，但小規模多機能除失智症外，生病或需要照顧的長輩也能入住家屋。所以小規模多機能服務的人數雖少，但因法律限制較少，提供的服務可以盡量符合長輩期待。現在這種小規模多機能服務機構是日本長期照護的新趨勢。

（三）日本建築基本法相關規定之適用性檢討—以變更為小型多功能居家照護設施為例

為了讓已興建的獨棟住宅成功轉型成以「往來」日間照護中心，提供「住宿」（短期入住）服務的小型多功能居家照護設施，將已符合建築基準法的建築物用途類別由原本的「住宅」變更為特殊建築物的「老人之家」等用途。例如，若須增建 2 個廁所和住宿居室，就必須完成申請確認建築等一連串的手續。即使未增建，也未大規模修繕和大規模改建，仍須申請變更用途。而未符合建築基準法規範須申請確

認建築之建築物，亦須完成和申請確認建築同等之手續。

此外，如表 2-2-1 所示，由於建築類別為「老人之家」等設施，在整頓空間時必須遵照建築基準法規定，依促進無障礙空間相關條例之規定進行協議，並事先完成申請確認建築等手續，建築物亦須依據相關法律規範，具體修改內部設計，然而，對於肢體障礙的無障礙設計重點與符合失智高齡者之需求未必相同，以下以低樓層住宅專用地區為例說明無障礙空間改善方式，及某些必須彈性調整的考量。

1. 消除出入口高差

出入口的門檻和走廊地面之間存在著約 15cm 的段差。原本是希望將走廊地面提升至門檻高度，但由於地面面積過於廣闊，改於高齡者常用區域內設置斜坡板的方式消除段差。浴室地面則如同前述，以高度和脫衣室一致來消除段差。而玄關前方二階式樓梯和玄關二階式地板等既存之段差，以在台階處設置和牆壁呈水平的較長扶手來處理。乘坐輪椅的高齡者在出入之際，由職員協助鋪設鋁製簡易斜坡板協助通行。玄關前的樓梯和設置於門附近的台階，其踏台前端須塗上約 5cm 寬的油漆，以讓使用者明確辨別何處為踏台前端。

2. 安裝扶手

浴室和廁所內的扶手、樓梯扶手等為要求整備項目之一。為了讓高齡者能安全地在生活在住宅內，必須考量高齡者在浴室和脫衣室、廁所等處的動作並設置符合活動需求的扶手。

廁所的扶手採 L 型即足以應付使用需求，但希望同時設置 L 型扶手和迴轉扶手或可動式扶手。由於廁所的空間算不上大，較適合安裝在使用時才需降下的可動式扶手。同樣地，2 間廁所中的其中 1 間應設置自動式水龍頭。但如同前述，對失智症高齡患者來說，即使負責照護的職員告知如何使用也無法記住，依然容易搞混自動式水龍頭的使用方式，到最後仍無法使用該設備。因此，在確實傳達使用者狀況並獲得行政機關理解後，可改為設置單閥式水龍頭。

3. 考量設置視障者設施之彈性作法

例如，門外至玄關門板之間鋪設視障者專用引導磚，但由於使用住宅的高齡者極少為視覺障礙者，且有人員負責接送並個別依其情況安排生活，因而不需要鋪設引導磚。而乘坐輪椅者在穿過路面時易受到引導磚阻礙，對於步伐不穩的高齡者來說，亦容易被引導磚絆倒。因此，對於上述各情況，應確實將設置引導後形成的危險性傳達予行政機關並取得理解。若視障者常前來拜訪時，建議可由職員至門口處迎接，則應於門口附近設置對講機，並於地面鋪設 2 個 30cm 長的塊狀物，以標示出警告視障者專用位置。

4. 加大樓梯踏面寬度和降低踏台高度

通常行走於住宅樓梯上時，步伐大多較為悠閒，規範之踏面 $\geq 21\text{cm}$ 、踏台高度 $\leq 22\text{cm}$ 已是極限。但部分迴旋的樓梯其迴旋區域只符合住宅樓梯相關規定，因此，基本上有迴轉設計的住宅樓梯並不適合，應以面向走廊和其他空間的直樓梯取代。

表 2-2-1、日本建築基準法規範在老人之家和一般住宅上的差異

	老人之家等(小型多功能居家照護設施)	一般住宅
無障礙空間	・設置乘坐輪椅者易於使用之廁所 ・須於廁所、浴室安裝扶手 ・地面高度增高並設置斜坡、斜坡板以消除段差 ・設置對講機、視障者專用引導磚	不需設置
樓梯尺寸	踏面 $\geq 21\text{cm}$ 、踏台高度 $\leq 22\text{cm}$	踏面 $\geq 15\text{cm}$ 、踏台高度 $\leq 23\text{cm}$
主要隔間牆	耐火牆須設置至天花板內部和閣樓	不需設置
緊急用照明裝置	客廳、餐廳、廚房、走廊須安裝緊急用照明裝置	不需設置
消防用設備等	須在指導之下設置引導燈和警鈴	不需設置

資料來源：坂本啓治(2007)

5. 客廳、餐廳、廚房及走廊應裝置緊急用照明

基本上，緊急用照明裝置在寢室和浴室、廁所不需設置，娛樂休憩用的客廳、餐廳和廚房則須依規定設置。然而以住宅變更為小型多

功能居家照護設施的房子，客廳、餐廳和廚房通常位於同一空間，雖依法律規定設置緊急照明用裝置，但空間是重疊的，且當緊急狀況發生時，且應考量客廳、餐廳和廚房裝設緊急用照明裝置的目的及功能。

6. 消防用設備－設置引導燈和警鈴

在日本，設置消防設備係依負責管轄之消防單位而有差異，只要是為特定少數人生活的場所即應設置，若指導單位判斷該建築物屬發生緊急事故時，有易於避難的平面，即可免除設置引導燈。

事實上，發生緊急事故時連一般人都難以保持冷靜，更何況是罹患失智症的高齡者。我們可以想像的到，當警鈴突然大作，他們將立即陷入混亂並感到恐慌不已。為了儘可能避免發生上述情況，比起設置引導燈和警鈴，規劃出具備易理解之動線的簡單平面構造似乎重要許多。因此，必須了解到，小型多功能居家照護設施包括失智症高齡患者等在內之高齡者的生活場所，在走廊和玄關等設置緊急用照明裝置和消防用設備，可增強逃生疏散之效益，可能高於在客廳、餐廳和廚房設置。

最後，建議建築物的顏色和外形必須平凡、不為人注目，但又能在發生緊急事故時發揮該有之功能。

表 2-2-2、高齡者用居住設施

	福祉類設施						
	特別養護老人之家		養護老人之家	輕費老人之家			
	舊型	小規模生活單位		A 型	B 型	護理之家	新型護理之家
創立	1963 年	2002 年	1963 年	1963 年	1972 年	1990 年	2002 年
設施特色	安排身體、 精神 上明顯出現障礙，須時常照護之高齡者，以及難以居家照護之高齡者入住的設施。	主要特色為單人房和單元照顧 (unit care)，提供個別照護和生活服務。 (新型特別養護機構)	安排因身體、 精神 上，或環境、經濟等因素，而難以自行生活之高齡者入住的設施。現階段仍維持原有之設備。	因生活環境、住宅狀況而難以自行生活之高齡者只需花費極低費用即可入住的設施。 A：供餐型 B：自煮型		讓因身體狀況、家庭環境、住家狀況等因素而難以自行生活之高齡者花費極低費用入住，並提供三餐和其他日常生活所需之設施	從既有的護理之家轉型為單元照顧型的設施
主管團體	地方公共團體 社會福祉法人		社會福祉法人 地方公共團體	社會福祉法人 地方公共團體		地方公共團體、社會福祉法人、社團法人、農協、醫療法人等。 *亦可為以 PFI ^[※] 方式提供新型護理之民間企業。	
入住者	・原則上為 65 歲之高齡者(含 65 歲以下，經特別審核可入住者在內)。		・65 歲以上。 ・因身心退化而在日常生活上出現障礙者。 ・無家可居者。 ・本人所屬之家庭的生活受到政府保護，或未被課予市町村民所得稅者。	・60 歲以上。 ・單身者、入住者及其配偶。 ・收入(資產、所得、匯入之生活費)為設施居住費 2 倍(每月 34 萬日圓)以下者。 ・無依無靠者，和因家庭因素難以和家人同住者。	・60 歲以上。 ・單身者、入住者及其配偶。 ・因家庭環境、住宅因素而難以自行生活者。 ・健康狀態仍可自煮三餐者。	・60 歲以上。 ・單身者、入住者及其配偶或 60 歲以上之親人。 ・身體機能低落，無法自煮三餐，或對獨自生活感到不安的高齡者。	
照護保險類別	設施服務		設施服務	居家服務(須指定「特地設施入住者生活照護」)			
備註	・自行負擔部分居住費和餐費	・自行負擔部分居住費和餐費	・依入住者的狀況決定負擔的費	・原則上由入住者全額負擔	・原則上由入住者全額負擔	・原則上由入住者全額負擔	・原則上由入住者全額負擔

	· 居室人數：4 人以下 · 每人居室面積：10.65m^2 以上	· 居室人數：原則上為單人房 · 每人居室面積：13.2m^2 以上	用 · 每一居室人數：2 人以下 · 每人居室面積：3.3m^2 以上(收納用設備除外)	· 每一居室人數：獨立居室 · 每人居室面積：6.6m^2 以上(收納用設備除外)	· 每一居室人數：獨立居室 · 每人居室面積：單身者 16.5m^2 以上、夫婦同住 24.8m^2 以上	· 每一居室人數：單人房或雙人房(夫婦居住) · 每人居室面積：單身者 21.6m^2 以上、夫婦同住 31.9m^2 以上	· 每一居室人數：單人房或雙人房(夫婦居住) · 每人居室面積：單身者 15.63m^2 以上、夫婦同住 23.45m^2 以上
--	--	---	--	--	--	---	---

表 2-2-2、高齡者用居住設施（續）

	福祉類設施		住宅類設施	醫療類設施
	痴呆性(失智症) 老人團體家屋	老人保健設施		
		舊型	小規模生活單位	療養病床 (療養型病床群)
創立	1997 年	1986 年	2002 年	1963 年
設施特色	藉由讓須照護之失智症高齡者在家庭般的環境下共同生活，並提供其生活上的援助、照護，以期延緩失智症之惡化，和幫助精神狀態更加穩定。	在醫療管理之下，對病症雖屬穩定期，無住院治療之必要，但仍須接受復健等醫療照護之高齡者，提供看護、照護、機能訓練、其他醫療服務等，並照顧其日常生活所需設施。		時常居住 10 人以上之高齡者，並提供其三餐、日常生活所需之設施，但非老人福祉設施。
主管團體	無限制(民間企業、NPO、社會福祉法人、醫療法人等)	地方公共團體 醫療法人 社會福祉法人 其他厚生勞動大臣(主管機關)核准者		國家 地方公共團體 厚生農業協同組合聯合會 醫療法人 個人等
入住者	- 大多 65 歲以上。 - 雖失智程度中等，且難以居家照護，但仍可自我照護、參與團體生活之高齡失智患者。	無住院治療必要，但仍須接受復健、看護、照護等療養者。		須長期療養者
照護保險類別	地區密集型服務	設施服務		設施服務
備註	- 自行負擔部分居住費和餐費 - 居住人數：5 人以上 9 人以下	- 居室人數：4 人以下 - 每人居室面積：8m² 以上	- 自行負擔部分居住費和餐費 - 每人居室面積：13.2m² 以上	- 居室人數：4 床以下 - 每人病房面積：6.4m² 以上

	· 居室人數：原則上為單人房 · 每人居室面積：7.43m²以上(收納用設備除外)			定，照護居室、暫時照護室為13m ² 以上	
--	---	--	--	----------------------------------	--

※1 PFI (Private Finance Initiative)

活用民間的資本、經營能力、技術能力以整備社會資本(建設、維護管理、營運公共設施等)的事業整頓方法。

資料來源：坂本啓治(2007)

表 2-2-3、供高齡者入住之設施

	老人日間照護中心 (Day service center)	小型多功能居家照護設施	老人日間照護(Day care)	養老院
創立	1979 年	2005 年	1986 年	
設施特色	供高齡者居住，並提供盥洗、飲食、機能訓練、照護之指導和建言、其他生活所需之設施。	視高齡者身心狀態及其希望，以「定期探訪」為中心，提供結合「訪問」和「住宿」之服務的設施。	為維持、回復高齡者身心機能，協助其自理日常生活，而安排入住並接受物理治療、職能治療等復健治療之設施	服務型態多樣化，為可提供日間住宿和短期入住之小型設施。
主管團體	市町村、特別行政區、社會福祉法人、醫療法人、民間企業等	社會福祉法人、醫療法人、民間企業等	地方公共團體、醫療法人、社會福祉法人、其他厚生勞動大臣規定者	民間團體
入住者	65 歲以上 - 因身體、精神上之障礙，導致日常生活無法自理者(含判定須接受支援、照護者)及其養護者。	65 歲以上 - 因身體、精神上之障礙，導致日常生活無法自理者(含判定須接受支援、照護者)及其養護者。	罹患初老期痴呆、老年痴呆等精神障礙疾病者，或因腦血管疾病導致肢體動作出現障礙者(含判定須接受支援、照護者)	出現各種障礙之高齡者
照護保險類別	居家服務	地區密集型服務	居家服務	—
備註	餐廳、談話室、機能訓練室面積合計：使用人數 × 3m² 以上	- 客廳、餐廳面積合計：使用人數 × 3m² 以上 - 住宿房間原則上為單人房。每人居室面積 7.43m² 以上	餐廳、談話室、機能訓練室面積合計：使用人數 × 3m² 以上	- 因應地區需求而生，為自主營運之民間設施。 - 亦稱為「照護之家(day home)」、「迷你型日間照護中心(mini day service center)」

老人日間照護中心(Day service center)和老人日間照護(Day care)的共通點為提供高齡者入浴、用餐等照護服務，但日間照護比較著重在回復和維持身心功能等復健上

資料來源：坂本啓治(2007)

- ①(財)長壽社會開發中心『老人福祉指南』(2005 年版)
- ②厚生勞動省「平成 12 年(2000 年)社會福祉設施等之調查概況」
- ③厚生勞動省「指定居家服務等事業之人員、設備和營運相關基準」
- ④財務省印刷局「障礙者白皮書」(2001 年版)
- ⑤中央法規出版編輯部編『照護福祉用語辭典』中央法規出版
- ⑥『現代用語知識基礎』(2001 年度版)懶自由國民社

第三節 小結

比較我國、丹麥及日本的高齡人口政策及措施方向，可歸納以下幾項重點：

一、「社區化照護」及「在地老化」趨勢

綜觀先進各國長期照護的發展經驗，通常多先發展機構式照護，繼而發展出社區式照護之型態。台灣長期照護發展遠較歐、美、日歷程為短，雖經數年來的努力及快速發展，長期照護資源在普遍化、公平性、可近性及選擇性等方面，尚需健全制度，未來應朝向在機構式照護之健全基礎上，朝向「社區化照護」及「在地老化」的目標邁進。然而，國內對非機構式之照護發展仍屬於萌芽期，部份長期照護需求之滿足仍須藉著機構式照護來完成，且社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式長期照護發展之喘息服務平台，仍有賴機構式照護輔助。

二、塑造「家」感覺之照護環境

專業領域者談及相關的長期照護議題時，都著重在營造一處溫馨且如同「家」感覺之照護機構，包括創造小尺度的生活單元，取代大尺度的機構照顧；少一點限制，多一點交流，創造更多接觸與共享的空間；允許在共用空間或臥室裡，擺設自己的傢俱與物品，像家的感覺；失智老人的生活場所不是收容的地方，優質失智症照顧環境就像住在自己家裡，不會是輸送帶方式的集體照顧。同時讓環境空間具備質能治療的目標與機制，內容包括支持性的環境與情境治療、環境設計應營造住民之認同感、環境設計對住民遊走行為之因應、環境設計可提供住民適度之感官刺激、環境設計應避免造成住民產生幻覺行為等。

三、整合社區資源、以人為主體的設施策略

理想的居住體系是在一個社區中健康期老人可與家人同住於一般住宅，障礙期老人可以居住在社區的團體家屋接受照顧，臥床期老人可以入住社區的護理之家接受醫療護理，讓老人長久居住在熟悉的社區且能得到應有的照顧服務，老人住宅的規劃也朝向社區化、去機構化、單元化及個室化為設計原則。「小規模・多機能服務」制度係指採「橫向水平」整合的解決策略，一個設施能對有限的使用者提供複數種類的服務，包括日間照顧、住宿機能的喘息服務、或是居住機能的團體家屋等。其最大優點是不會因為使用者的身心機能退化、罹患失智症或家庭中照護人力變化等狀況，必需轉換到另一個福祉設施。在可以依照使用者及營運管理單位的狀況，自由地調整提供具彈性的各種服務的政策支持下，使用者可以在熟悉的環境中，保持生活及照護的連續性，落實就地老化的目標。

第三章 我國高齡失智者照護法令政策評析

第一節 我國高齡者失智照護相關政策

依據許佩蓉(2006)等人的分析，就長期照護之整體性來看，機構照護擴展至最大，即接近社區之型態，而社區照護規模濃縮，即接近機構之型態。近年各國皆積極強調落實「在地老化」之社區式照護目標，機構式照護比例雖可能較少些，然不可或缺；且機構式照護亦為社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式照護之喘息服務平台，有其存在與發展絕對之必然性。

事實上，究竟要選擇自宅、社區或機構，需先將高齡者生理狀況以及對應之住宅樣態進行分類，以表3-1-1為例，高齡者可視其健康情況起居是否能自理來對應至需要的環境。

表 3-1-1、高齡者身心機能與居住選擇

		健康期	障礙期		臥床期
			障礙前期： 需照顧服務	障礙後期： 需照顧、醫護服務	
移動程度		可以跑、走、跳	需要拐杖、輪椅等輔具		幾乎臥床
生活能力		生活能自理	輕度失能	中度失能	重度失能
居住安排	1. 在宅	在宅老化			
	2. 社區	-	日間照顧、家庭托顧、團體家屋	-	-
	3. 類社區	老人住宅、老人公寓、銀髮住宅		-	-
	4. 機構	安養機構	養護型機構、失智照顧型機構	長期照護型機構	
		衛政	-	護理之家	安寧病房
		榮民	榮民之家		

參考資料：李正庸(2012)

隨著年齡增長、生理機能之退化，對於環境所提供不論是功能上或是人力的協助需求皆會提高，因而對於空間上會有不同的需求，陳政雄（2005）主要依據高齡者移動程度，概略將高齡者分為健康期、障礙期、臥床期三類，依據李正庸（2012）之分類，在不同階段應可選擇不同之住所，包括高齡者居所分為在宅老化、社區老化、類社區老化、機構老化四種。其中，在宅老化指居住者在原居住環境終老一生而不遷移，高齡者可擁有熟悉的人、事、物，居住環境也能因應居住者的老化而滿足不同階段的生活需求，亦即在宅老化、在家臨終之目標。然而並非所有高齡者的身心狀況皆足以在自宅安然度過晚年，隨著高齡者障礙程度的增加，居家環境所需調整幅度越大，目前高齡失智者除了輕度階段可在自宅照顧外，較常選擇「社區老化」及「機構老化」兩類，以下相關內容係簡要摘述李正庸（2012）彙整國內相關法令政策之內容。

（一）「社區老化」

是指在社區場域中之照顧服務的輸送與提供，故目前社區式服務，包含日間照顧、家庭托顧之服務對象均以失智者為多，團體家屋則是專門針對失智者提供的單元照顧居所，如表3-1-2所示。

以協助民眾因失智老人有短期記憶的喪失、理解能力弱、對刺激反應延遲等問題，照顧者較難與其溝通，且常有失禁、遊走、疑心病、強烈情緒反應等情事致使家屬照顧不易，須尋求其他社會資源、照顧服務團體協助之需求。

1. 日間照顧

為使老人盡可能留在社區並與社區整合的照顧模式，老人可透過自行前往、家人接送、或交通接送服務等方式前往日間照顧據點，夜間再回自宅安養。本部於1987年撥款補助各縣市政府及老人扶養機構辦理，服務內容包含(1)個案照顧管理（午餐、點心、午憩）、(2)

生活照顧服務、(3)協助及促進老人自我照顧能力、(4)辦理老人教育休閒活動、(5)提供福利、醫療諮詢及轉介服務、(6)舉辦老人家屬教育方案、支持團體及聯誼性活動。依其經營型態可分為老人福利機構設日間照顧設施、護理之家設日間照護設施、社區式日間照顧等。

2. 家庭托顧

家庭托顧為2007年老人福利法修訂時新增列之服務項目，提供一個家庭式照顧環境與服務，將老人托顧於住家附近的照顧服務員家中，接受身體照顧服務、日常生活照顧服務、安全性照顧等服務，讓老人生活在熟悉的社區中，減少與社區的隔閡。每一托顧家庭以4人為上限，每日收托時間以12小時為限。

3. 團體家屋

團體家屋(Group Home)係針對失智老人提供的重要照顧方式之一，採「單元照顧」(unit care)模式，依照高齡者屬性將機構分為數個小團體，將傳統流程作業式照顧轉換為共同生活式照顧的照顧型態，以塑造接近「居家」的照顧環境，使生活單元就是照顧單元的照顧模式。

家屋的成員規模以6-9人為原則，提供小規模及24小時的照顧服務，將照顧及復健技巧自然地融入在日常生活中，尊重長者們的生活經驗，著重個別化的照顧需求。

(二)機構老化

「機構老化」為提供老人24小時的密集照顧，主要服務對象為重度失能或家庭缺乏照顧資源的老人。依據1997年修正老人福利法、老人福利機構設立標準，將高齡者入居機構體系劃分為安養、養護、長期照護3階段。2007年修正老人福利機構設立標準，落實在地老化、小型化、社區化精神，修正人數上限為200人，內部空間設計的重點為避免院民互相干擾及保有個人空間、增設衛生設備以提高住民盥洗之便利性、加強設施與設備之安全性，並放寬養護機構得收容有插管

需求之高齡者。機構整體發展趨勢走向小型化、社區化與持續性照顧。

依據老人福利機構設立標準，機構可分為安養、長期照顧機構，後者又可細分為養護型、長期照護型、失智照顧型，各類型機構服務對象如下，如表3-1-3所示。

「安養機構」則以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象；「養護型」的照顧對象為生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人，需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人人數不得逾原許可設立規模二分之一；「長期照護型」的照顧對象為罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人；「失智照顧型」的照顧對象以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人。護理之家的照顧對象則為罹患慢性病需長期護理之病人，或出院後需繼續護理之病人。

表 3-1-2、社區安養之居所

	服務對象	服務規模	平均每人 應有樓地 板面積 m ²	空間規劃	人員配置(照顧人員：照顧者)				法源
					管 理 人員	護 理 人 員	社工人員	照 顧服務員	
團體 家屋	經醫師診斷中度以上失智為原則，且具行動能力、須被照顧之失智症老人	每一照顧單位以 9 人為上限，每一承辦單位最多設 2 個照顧單元	16.5	每一單元日常生活基本設施應設寢室、客廳、餐廳、簡易廚房、衛浴設備（盥洗間、浴室及廁所等）及其他必要的設施	1 單元 至少 1 人	日間每一照顧單元至少應置 1 人，並得兼任管理人員；夜間或深夜時段得由承辦單位其他專業人員兼任之。未聘任護理人員者，應至少特約護理人員 1 人；未聘任社工人員者，應至少特約社工人員 1 人		每一照顧單元之照顧服務員人數與老人人數之比例以 1：3 為基準，且不得雇用外籍看護工	失智症老人團體家屋試辦計畫
日間 照顧	1. 滿 65 歲，巴氏量表為輕、中度失能者，或 IADLs 三項以上需要協助之獨居老人 2. 滿 50 歲以上，領有失智症身心障礙手冊者，或經診斷為失智症者（臺北市）	老人福利機構設日間照顧設施：-	10 m ² ，附設有寢室者，其寢室之樓地板面積每人應有 5 m ²	應設有多功能活動室、餐廳、廚房、盥洗衛生設備及午休設施。	-	1:20	-	長期照護型 1:5。 養護型 1:8。 失智照顧型 1:3	「老人福利機構設立標準」第 5、11 條
		護理之家設日間照顧設施：-	10 m ²	設有日間照護者，視需要設置休息床位。	-	1:20	-	-	護理機構分類設置標準
		社區式日間照顧：每日同一服務時	6.6 m ²	應設下列空間，多功能活動室、無障礙衛浴設備、餐廳、午休設施或	-	護理人員或社會工作人員至少一人		失能老人 1:10。 失智症老人	老人福利服務提供者資格要件及服務準則第 57、58、59 條

	服務對象	服務規模	平均每人 應有樓地 板面積 m ²	空間規劃	人員配置(照顧人員：照顧者)				法源
					管 理 人員	護 理 人 員	社工人員	照 顧 服 務 員	
		間以 30 人以下為原則。		寢室(不得設於地下樓層)、簡易廚房。必要時得為失智症老人設適當且獨立空間，並提供個別化服務。機構提供日間照顧服務，其設施設備應符合機構之相關規定。				1：6。 失智、失能 混合型 1：8	
家庭托顧	滿 65 歲、50 歲以上身心障礙者、僅 IADLs 失能且獨居之老人，經評估輕、中度失能	每一托顧家庭以 4 人為上限，每日收托時間以 12 小時為限，並不得提供夜間住宿服務	8 m ²	1. 玄關及門淨寬應在 80 公分以上。 2. 衛浴設備應有防滑措施、扶手等裝備，並保障私人隱私。 3. 置午休設施或寢室，且不得設於地下樓層，並保障個人隱私。 4. 建築物應有良好通風及充足光線。 5. 提供基本在有效期限內之急救箱。	-	-	-	照顧服務員需有 1 千小時以上直接服務失能者之經驗	老人福利服務提供者資格要件及服務準則第 67、68 條

資料來源：摘自李正庸(2012)，社政體系依「老人福利機構設立標準」、「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」；衛政體系依「護理機構分類設置標準」；團體家屋依「失智症老人團體家屋試辦計畫」。

表 3-1-3、機構安養之居所

	服務對象	服務規模	平均每人應有樓地板面積 m ²	空間規劃	人員配置(照顧人員：照顧者)				法源
					管理人員	護理人員	社工人員	照顧服務員	
安養機構	以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象。	公立及財團法人安養機構(大型)50人～300人	20m ² ，寢室樓地板面積每人應有7m ² ，每一寢室至多3床	寢室、護理站、日常活動場所	-	隨時保持至少有一人值班	1:80。但49人以下者，以專任或特約方式辦理	日間 1:15；夜間 1:35 人。夜間應置人力應有本國籍員工執勤，並得與護理人員合併計算。	老人福利機構設立標準第 2、4、25、26、27 條
		小型(5人～49人)	10 m ² ，寢室樓地板面積每人應有5m ² ，每一寢室至多3床	寢室、日常活動場所、其他設備(得視需要設護理紀錄櫃、急救配備等設施)	-	隨時保持至少有一人值班	-	日間 1:15；夜間 1:35 人。夜間應置人力應有本國籍員工執勤，並得與護理人員合併計算。	老人福利機構設立標準第 2、4、25、28、29、30 條
養護機構	以照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人	公立及財團法人安養機構(大型)50人～300人	16.5 m ² ，寢室樓地板面積每人應有7m ² ，每一寢室至多6床	寢室、護理站、日常活動場所、其他設施(污物處理室、洗衣間)	-	隨時保持至少有一人值班。1:20。		日間 1:8；夜間 1:25。夜間應置人力應有本國籍員工執勤，並得與護理人員合併計算。	老人福利機構設立標準第 2、4、14、15、16 條

		小型 (5 人 ~49 人)	10 m ² ，寢室樓地板面積每人應有 5m ² ，每一寢室至多 6 床	寢室、護理站、日常活動場所、廁所		隨時保持至少有一人值班。 1:20。	-	日間 1:8；夜間 1:25。夜間應置人力應有本國籍員工執勤，並得與護理人員合併計算。	老人福利機構設立標準第 2、4、14、17、18 條
長期照護機構	以照顧罹患長期慢性疾病且需要醫護服務之老人為目的	-	16.5 m ² ，寢室樓地板面積每人應有 7m ² ，每一寢室至多 6 床	寢室、護理站、日常活動場所、主要走道臺階處，應有推床或輪椅之專用斜坡道，設太平間者，應具有屍體冷藏設備		隨時保持至少有一人值班。 1:15。	1 : 100。 49 人以下者，以專任或特約方式辦理。	日間 1:5；夜間 1:15 人夜間應置人力應有本國籍員工執勤，並得與護理人員合併計算。	老人福利機構設立標準第 2、4、9、10、11 條
失智照顧機構	經醫師診斷中度以上失智為原則，且具行動能力、須被照顧之失智症老人	每一單元服務人數以 6 人至 12 人為原則，每一機構最多設 3 個單元。	16.5 m ² ，寢室樓地板面積每人應有 7m ² ，每一寢室以服務 1 人為原則	每一單元日常生活基本設施應設寢室、客廳、餐廳、簡易廚房、衛浴設備（盥洗間、浴室及廁所等）及其他必要的設施。	1 專區至少 1 人	隨時保持至少有一人值班。 1:20。	1 : 100。 49 人以下者，以專任或特約方式辦理。	日間 1 : 3，夜間 1:15。夜間應置人力得與護理人員合併計算。	老人福利機構設立標準第 2、4、21、22、23、24 條

護理之家	1. 罹患慢性病需長期護理之病人。 2. 出院後需繼續護理之病人。	-	一般護理之家每床應有 16 m ² ；精神護理之家每床應有 20 m ²	病房、復健服務設施、日常活動場所、衛浴設備等	-	1:15。	未滿 100 床者，應指定專人負責社會服務工作。 100~200 床者，應有 1 人。 200 床以上者，至少應有 2 人。	每五床應有一人以上	護理機構分類設置標準之「護理機構設置標準表」
榮民之家	收住對象為榮民，以低收入、傷殘或罹患慢性疾病的榮民為主。	(盡可能依照老人福利機構之設立標準)							

資料來源：摘自李正庸(2012)，社政體系(安養、養護、長期照護、失智照顧)依「老人福利機構設立標準」；衛政體系(護理之家)依「護理機構分類設置標準」。

第四章 高齡失智者照護機構環境改善策略芻議

第一節 失智者的行為特徵

一、失智症的類型

有關失智症的類型及成因，依據台灣失智症協會網頁提供之資料，(http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html#03) 在失智症的分類上，大致分為兩類：退化性、血管性，但患者有時會存在兩種或以上的病因，最常見的則是阿茲海默症與血管性失智症並存（又稱為混合型）。簡述如下：

（一）退化性失智症

1. 阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)：

早期病徵最明顯的為記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，為兩種以上認知功能障礙，屬進行性退化並具不可逆性；為神經退化性疾病，其腦部神經細胞受到破壞，醫生透過電腦斷層及核磁共振判斷，主要是因為阿茲海默症初期以侵犯海馬迴為主，往生後腦解剖可發現異常老年斑及神經纖維糾結，臨床病程約8-10年。

2. 額顳葉型失智症 (Frontotemporal lobe degeneration)：

腦部障礙以侵犯額葉及顳葉為主，特性為早期即出現人格變化和行為控制力的喪失，常常會有不合常理的行為舉動，或是早期就出現語言障礙。例如表達困難、命名困難等漸進性退化現象。平均好發年齡五十歲以後。

3. 路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies)：

為第2常見的退化性失智症，特性為除認知功能障礙外，在早期就可能伴隨著身體僵硬、手抖、走路不穩、重複地無法解釋的跌倒現象。此外則會有比較明顯的精神症狀，例如：鮮明的視或聽幻覺、

情緒不穩或疑心妄想等症狀發生，平均好發年齡70歲以後。

4. 其他還有像是亨廷頓氏症（Huntington' s Disease）等等所造成的失智症。

（二）血管性失智症

是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，是造成失智症的第二大原因。一般有中風後血管性失智症、小血管性失智症。中風之病人若存活下來，約有5%的病人會有失智症狀，追蹤其五年，得失智症的機會約25%。其特性是認知功能突然惡化、有起伏現象、呈階梯狀退化，早期常出現動作緩慢、反應遲緩、步態不穩與精神症狀。常見臨床特徵包括：(1)情緒及人格變化（憂鬱症）(2)尿失禁(3)假延髓性麻痺(吞嚥困難、構音困難、情緒失禁)(4)步履障礙(失足跌倒)等。

（三）其他因素導致之失智症

有些失智症是由特定原因所造成，經過治療之後可能有機會可以恢復，這類型失智症的病因有：(1)營養失調：如缺乏維他命B12、葉酸等營養素。(2)顱內病灶：如常壓性水腦症、腦部腫瘤、腦部創傷等。(3)新陳代謝異常：如甲狀腺功能低下、電解質不平衡等。(4)中樞神經系統感染：如梅毒、愛滋病等。(5)中毒：因藥物、酗酒等。

二、失智症患者的認知障礙及行為特徵

「認知功能」或稱「智能」(Cognitive function)是人類大腦皮質神經細胞成熟發展後，所擁有與外界環境適度互動，賴以生存發展的一項高度演化功能。常見的包括記憶、語言、辨物、操作及計畫執行等功能。任一項功能因某些原因發生問題或消失，就是所謂的「輕度認知障礙」(Mild Cognitive Impairment, MCI)；若進一步發展到兩種以上的認知功能損傷，且到達足以影響正常生活、工作或社交活動的程度，就是臨床上所稱的「失智症」(Dementia)。

輕度認知障礙是從正常老化到失智症開始出現徵兆之間，存在著一個過渡區域，換言之，失智症是一個進行性退化的疾病，從輕度時期的輕微症狀，逐漸進入中度、重度、末期症狀，疾病退化的時間不一定，有個別差異。瞭解疾病的病程與症狀，可以幫助患者、家屬預做準備，以因應疾病帶來的生活變化。失智症的病程，可分為輕度知能障礙、輕度（初期）、中度（中期）、重度（晚期）。因此，失智症病程的發展可能會有的行為症狀如表4-1-1：

表4-1-1、失智症患者不同期別的認知行為障礙

	初 期	中 期	晚 期
項 目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
遺 忘	1. 常忘了東西放在哪裡。 2. 時常在找東西。 3. 忘記跟別人之間的約會。 4. 忘記別人跟他講過的事情。 5. 比較不能記住最近發生的事情。 6. 弄不清楚現在是幾年幾月幾日。	1. 忘記已發生過的事情，例如：是否吃過飯、洗過澡。 2. 重複問同樣的問題。 3. 對於辨認人物、認識環境和區分時間等更加困難。 4. 遠期和近期的記憶減退，日趨嚴重。	1. 忘記身旁熟悉的人、事、物，甚至包括一些長期記憶。 2. 記憶嚴重喪失，不記得生命中重要的事情。 3. 可能連自己是誰都不知道。
誤 認	只有在光線照明不佳陰雨、夜間才容易發生誤認現象。	1. 時空錯亂，分不清早晨與黃昏與季節。 2. 誤以為自己的家人或配偶是別人偽裝的，因而想趕走照顧他的配偶或家人。 3. 以為目前所處的環境並非自己的家，常會吵著『我要回家』。	1. 現實感消失，例如把電視裡播放的戲劇誤認為真，甚至會去攻擊電視機。 2. 看到鏡子、反光看到物、窗戶中自己的倒影，會誤以為是別人，與之對話。
情緒轉變	情緒起伏比以前大，例如：會因遍尋不著想要的東西而生氣。	同左，部分可能會有激動的行為，胡思亂想，突然發怒、大哭大叫等。	1. 可能會因無法表達或聽不懂意思而生氣。 2. 情緒表達困難。
個 性	1. 變得猶豫不決，對事情難以決定。 2. 變得多疑、猜忌。	同左，但因對事情和語言的理解力、情緒控制力薄弱更容易發脾氣、受到挫折。常常與家人或照護	變為更為依賴，認知、記憶功能持續退化，個性表達不明顯。

	- 變得膽小、內向。 - 變得孤僻、暴躁、愛發脾氣。	者衝突。	
言語表達	- 言語表達出現困難，講話不如以前流暢。 - 想不起來要講什麼物件物體的名稱。	- 說話字句變少，內容貧乏。 - 言語表達不連貫，缺乏邏輯性。 - 慢慢失去閱讀及語言能力。	- 幾乎不說話或只重複某句固定的話。 - 語言能力下降，說話無法理解或不相關，無法與他人應對。
迷路	- 在不常去的地方會迷路。 - 搭乘大眾運輸工具會下錯站。	- 在住家附近或熟悉的地區也會走失。 - 搞不清楚方向，無法自己出門搭車，容易迷路。	幾乎已無法自行外出。
妄想	- 懷疑配偶不忠。 - 憂心會被家屬遺棄。 - 被迫害妄想，認為鄰居會傷害他或偷他東西。	同左，除頻度較高外，更容易因妄想引發繼發性的語言與肢體暴力。	無法表達/無此反應
視幻覺	看到房間裡有人，可能是熟識者、已死去家屬或不認識的人。有時會看到昆蟲、蛇等令人感到不愉快的東西。	看到房間裡有人，可能是熟識者、已死去家屬或不認識的人或小孩。有時會看到昆蟲、蛇等令人感到不愉快的東西。可引起繼發性妄想。	無法表達/無此反應
漫遊或躁動	- 坐立不安，不停走動。 - 想要離開家裡到外面去。	同左，但嚴重度較高。受阻時容易發生衝突。	肢體功能減退，容易跌倒發生意外。
不恰行為	- 重複動作，例如不斷地把東西收來不進櫃子又拿出來等。 - 同樣問題重複問很多遍。	- 亂藏東西，把一些沒用的東西，甚至垃圾藏起來，或者把脫鞋放進棉被裡等。 - 可能因為妄想的內容或照護者不適當的回應，而被激怒，產生暴力行為。 - 缺乏判斷力和理解力，在公共場所出現不適當的舉動。	完全依賴他人照顧，無不恰當行為之反應。
睡眠障礙	日夜顛倒，夜間起來遊走或從事其他活動	日夜顛倒，可能整夜不睡，白天嗜睡。	日間節奏紊亂，白天睡眠次數時間更長。經常打盹，睡眠能力與清醒能力退步。
行動能力降低	- 變得不愛出門。 - 對之前從事的活動顯得興趣缺	無法順利出門到達目的地，甚至在家中開始找不到廁所、自	- 行走困難。 - 需藉助輪椅行，甚至臥床不起。

	缺。	己的臥室。	3. 無法坐立、站立。
飲食問題	1. 吃過了之後還表示要再吃東西。 2. 飲食方面可能需要別人協助。	1. 無法備餐，需他人協助。 2. 飲食不正常：重複要食情形較嚴重。	1. 無法自己進食。 2. 拒絕飲食。 3. 可能會有吞嚥困難。
生活障礙	1. 對於複雜的生活功能發生障礙，例如錢財管理出錯、烹調能力下降等。 2. 對器物的使用能力下降。例如時常打錯電話等。 3. 判斷力和工作能力逐漸減退。	1. 很難獨自完成煮飯、清潔、購物等。 2. 失去使用日常用具的能力，例如洗衣機、冷氣機、遙控器等。	完全無法獨立生活，失去自我照顧能力。
穿衣及個人衛生問題	在選擇衣服上顯得猶豫不決。	1. 個人清潔衛生處理解變差，如上厕所、洗澡等需要他人協助。 2. 無法適當的穿衣或處理衣物，例如天氣很冷時只穿了件短袖、髒衣服穿等。 3. 可能會開始偶有失禁的情形。	1. 大小便失禁。 2. 穿衣無法自理。

資料來源：邱銘章、湯麗玉(2011)，原水文化

第二節 高齡者失智照護空間規劃需求

一、結合社會、物理及營運向度的空間組織原則

失智症並非侷限單純生理照顧問題，必須運用社會心理層面的手法作為輔助。由於患者在認知方面的缺損，導致記憶力衰退，學習困難、處理複雜任務有困難、合理化能力降低，無法以合理方法對問題作反應，如地板濕了，不會處理，且對社會規範顯示出不關心、忽視；空間能力和導向失調，例如認路、家中物品擺設之熟悉表現困難，會迷失不知回家的方向或路；語言表達困頓：選用文字表達其意念或與人對話顯得日增困難；以及行為失序，例如消極、易怒、多疑，對於看到或聽到的，做錯誤的詮釋。因此，照護策略須兼顧身、心需求。

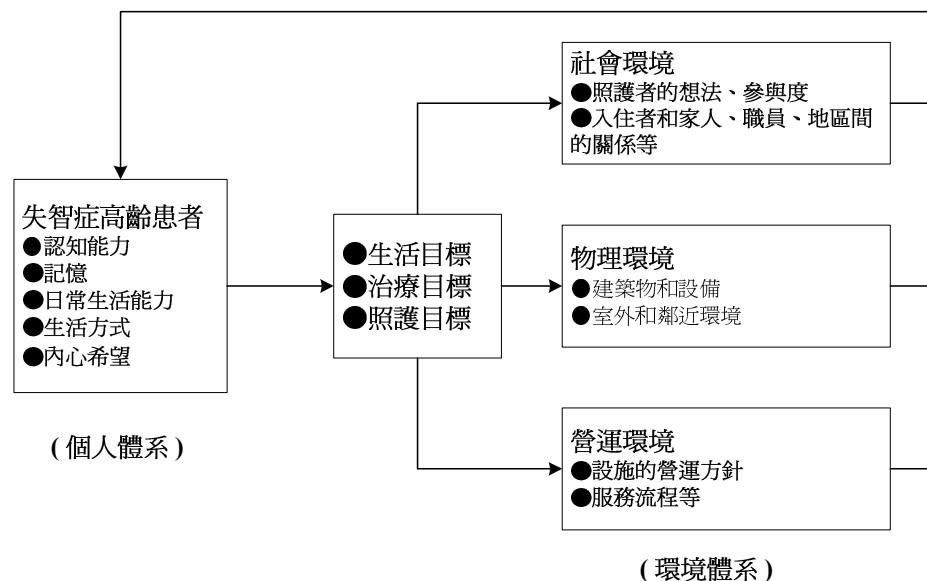


圖4-2-1、考量失智症高齡患者的設施環境

資料來源：兒玉桂子等(2009)，第 14 頁

如圖 4-2-1 所示，依據兒玉桂子等(2009)指出，考量失智症高齡患者的設施環境，必須從個人體系的向度著眼，擴展到環境體系為其策略方向，因此空間的組織原則須能支持社會環境、物理環境及營運環境的需求。換言之，失智照護機構的空間規劃，要能促進照護者與

居住者、家人、職員及所在社區之間的社會互動；建築物 and 設施設備、室內外及鄰里等物理環境，能具有恢復居住者身理機能及心理機能的效果，至於機構的營運方針及服務流程，必須是有助於前述二者的推動，並強化其效果。

其次，以下依據內政部（衛生福利部）老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫摘述如下。由於失智症老人的心智衰退是漸進式的，因此失智症的照顧計畫必須依據病人的疾病狀態、身體功能及認知功能等加以分級分類，但是目前機構式照顧服務因下列缺點而予人負面印象，包括（一）不是以個人而是以團體為對象；（二）個人空間狹小，像醫院而不像生活場所；（三）一房多床，沒有個人隱私及個人生活行動表；（四）照護方式及服務內容大都配合工作人員的勤務作息時間，或因夜間人手不足及追求高效率的管理，經常訂定統一的作息時間，造成老人的個人需求經常受到壓抑。

理想的老人照顧環境應該不是收容性場所，而是生活的場所。因此，近年來為失智症老人營造「家」的環境成為照顧服務的基本原則。有學者莊教授秀美等人研究發現，近年來日本為發展失智症老人的照顧服務模式，經摸索試行的結果，發現小規模的「團體家屋」¹（group home）的實施確實可改善輕、中度失智症者的症狀，較能穩定老人情緒，降低或延緩老人住進護理機構的需求，是相當適合失智症老人的照顧機構型態。

由於「團體家屋」的效果反應良好，2000 年開始日本的中大型

¹ 日本的團體家屋是針對能夠參與共同生活的失智症高齡者的照顧服務機構。設立宗旨乃是提供罹患失智症之需照顧者（因失智症呈現嚴重的精神失常者及行為異常者除外）沐浴、如廁、飲食等照顧及其他日常生活所需的照顧及身體功能訓練，通常是讓 5-10 位失智症老人住在一個一般的家庭或公寓內，由多位照護人員提供其日常生活照顧，必要性照顧及訓練等，藉由小規模的共同居住空間，營造一種「非機構」式的意象，讓老人就如生活在家裡一樣，配合失智症家屬成員的參與，以有效控制失智症老人的症狀。

養護機構將此模式導入，將多人床共居的房間改成單獨房間，並將機構環境劃分成若干「10 人左右的生活單位」，各單位營造像家庭一樣的格局及氣氛，以作為失智症老人的照顧區域，此稱為「生活單位型機構照顧（unit care）」，簡稱小單位照顧模式。

在日本，所謂小單位照顧模式，是指將機構劃分為數個小團體（group），使失智症老人「在接近住家一樣的居住環境中，接受和居家生活一樣的日常生活照顧服務」，但是，單純地將機構區隔為小團體的方法並不是「小單位照顧」的目的，實質的理念更著重在照顧的方法與過程，從過去基於工作人員立場考量的流程作業式照顧轉換為與利用者共同生活的照顧。也就是老人的生活單位與照顧單位結合成一體的照顧模式。其原則包括：（一）老人擁有確保其個人隱私的空間，改善生活環境；（二）個人房與個人房間設立共同交流空間，便於和其他入居者建立良好人際關係；（三）入居者與其他入居者間、照護職員間互動增加，精神壓力可獲紓解，甚至減少失智症者的徘徊行為；（四）家屬探視方便，加深親情關係，不再擔憂打擾鄰床室友等。

日本大型養護機構導入小單位照顧模式的執行步驟通常包括：（一）環境改善：首先必須將房間設計成個人單獨房或夫妻房，其餘空間規劃成多樣化生活空間，包括 1. 準個人空間：客廳、休閒娛樂廳；2. 準公共空間：餐廳、大廳；3. 公共空間：咖啡廳、展示館。（二）照顧工作人員配置：入居者人數與照顧職員基準配置為 3：1，為了能根據入居者個人身心需要而提供個別服務，工作執行範圍細分為單位小組（unit），並且讓各小組配置的照顧職員固定。（三）提升照顧職員觀念及素質：為免小單位照顧模式的小組分配流於形式，照顧職員必須建立由集體照顧改為個別管理、共同生活的新觀念，並須具備失智症處遇的專業知識。（四）規劃休閒娛樂的共同空間：目的在於促進入居者間及入居者與照顧職員間的溝通及交流之用，重點在工作人員一同參與。（五）固定配置共同活動空間的職員：目的為建立熟識的

人際關係，增加被照顧者與照顧者間的信任感，減少入居者的不安。

(六)擴大志工組織：多與社區內志工團體保持連繫，由志工帶領入居者參與社區活動，避免入居者封閉於狹小環境而退化。

二、具支持性的建築環境規劃設計原則

其次，在建築空間設計層面，由於失智症者並非等同於肢體障礙，毋須設置供行動不便者使用之設施設備，然而高齡者的身心機能已逐漸老化，居住空間達到基本的無障礙水準是必要的。圖○歸納出建築環境規劃設計的關注面向包括安全、和安心兩方面。在此架構下，衍生規劃設計的基本原則，包括健康、安全、安心、提供適度感官刺激、因應特殊行為、強化自我認知和促進學習的環境，說明如下：

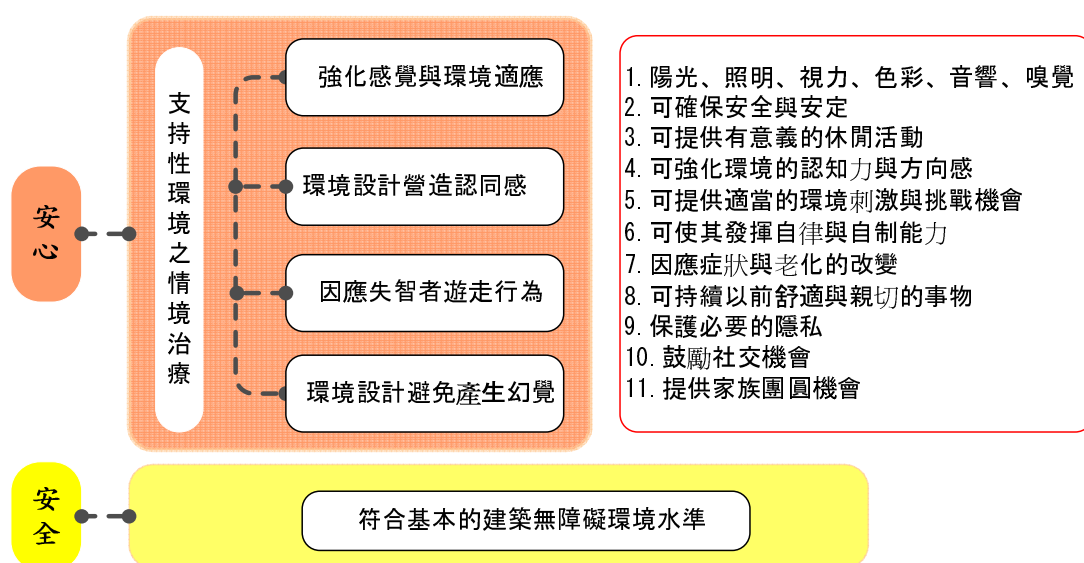


圖4-2-2、失智照護之建築環境規劃設計面向

資料來源：本研究彙整。

(一) 健康的環境

強化失智者的感覺與環境適應，可從運用陽光、照明、視力、色彩、音響、嗅覺等方面著手。

1. 環境設計應提供接受日照的機會，以感覺季節的變化、協助大腦

- 調整生理時鐘、建立規律的生活節奏，減輕睡眠障礙及憂鬱情緒。
2. 室內適度引進自然的陽光，使用布簾與百葉窗，控制太陽光，避免直射。
 3. 若要運用人工光線，應採用高照度的間接照明，照度宜平均，避免產生陰暗面或影子。
 4. 由於長者視力功能逐漸退化，對長波對比色辨識力較強，空間色彩宜盡量採用黃色、橘色、紅色等暖色系統；對短波不敏感導致辨識力困難，宜避免紫色、藍色、綠色等冷色系統。
 5. 色彩計畫可以改善照明計畫的不足，牆面、地板、家具宜採用看得清楚的鮮明、對比顏色，強化失智者對空間的認知。
 6. 居住環境避開噪音，居住空間規劃採動靜分離，相對的房間避免面對面開門，加強門窗、地板的隔音效果，使用吸音材料，減少殘音干擾。

（二）安全的環境

1. 避免使用全透明的玻璃門或落地窗，避免失智長者誤闖或撞傷，應以圖案貼紙或字樣標示。
2. 家具必須穩固，有銳角處以防護條包覆，走道宜淨空，避免使用局部的小塊地毯；桌上勿放易碎或易倒的物品如花瓶、桌燈等；電線或延長線應予以固定，避免絆倒，未使用的電源插座以安全插頭蓋住。
3. 臥室盡量安排在地面層，若安排在高樓層，應注意窗戶及陽台的安全防護，例如窗戶加上鎖鏈控制開啟範圍，避免失足跌落。
4. 床位單側宜靠牆壁，並設置穩固的扶手以利長者起身，從床位到廁所門口動線應設置小夜燈等夜間照明。
5. 浴室應乾溼分離以保持乾燥，避免滑倒。浴缸內貼紙滑條，淋浴間鋪設防滑磁磚；浴缸和馬桶旁設扶手，方便長者起身，扶手顏色應和牆壁成對比，容易辨認；使用冷、熱水合一的水龍頭，熱

水應有定溫設置以避免燙傷。

6. 房間、浴室門口應順平避免設置門檻，浴室門口設截水溝加速排水。
7. 樓梯踏階不宜過高，應有防滑條，兩側加設扶手，並有適度的照明。
8. 開放式廚房內應確實將具危險物品收妥，尖銳的菜刀、剪刀放在可上鎖的櫥櫃中，清潔劑也要收妥；滾燙的飲水及食物放在安全的地方，避免燙傷；冰箱及擺放食物的櫥櫃也要上鎖，避免長者食用過多食物；並限制長者單獨操作電器用品的機會。

（三）安心的環境

1. 在交誼、休閒、用餐、活動、走道等公共空間塑造懷舊的情境佈置，可以協助失智長者建構過去所處年代的遠期記憶，進而對目前所處之環境產生認同與熟悉感，有助於安定身心及情緒穩定。
2. 塑造「家」的意象的居家空間安排，不僅避免傳統機構式的孤立感覺，要從「像家」進一步成為長者「真正的家」，居室內允許攜帶或擺放原住家中慣用的物品，踏出房間門就是如同一般家庭的客廳、餐廳等，此外，居住人數如同一個家庭組成的口數，可協助失智長者建立家庭生活的感覺。
3. 失智症患者可能因為對環境不熟悉，產生混亂不安感甚至引起幻覺，例如快閃的動作影像、人的出入走動、燈光變化、過於複雜的裝飾材料等，因此，燈光或照明宜平均穩定，避免投射陰影或產生影子，亦不宜使用會反光的材質，或令人眼花撩亂的裝飾圖樣。
4. 公共空間或走道應有適宜的燈光安排，塑造溫馨、安全、柔和的情境，避免過度對比、刺激的照明或炫光。

（四）提供適度感官刺激的環境

1. 在牆面上設計有趣的圖案，布置有趣的空間角落，擺放不同紋理

- 材料的藝術品，可以吸引失智長者近前觀看、觸摸，激發好奇心。
2. 溫馴的寵物可以提供視覺、聽覺及觸覺的刺激，例如戶外庭院中養小兔子、貓、狗，會唱歌或講話的鳥兒掛在廊道的鳥籠裡，水族箱裡色彩繽紛的魚兒成群悠遊著，請失智長者協助餵食、照顧，觀察何時動物家族多了新成員等，都可以增添生活的樂趣。
 3. 庭院開闢菜園區，種植季節性或可結果的蔬果，讓失智長者有機會親手種植，並隨著時序變化，觀察植物生長的節奏，增添生活趣味。
 4. 打造「可產生氣味」的環境，例如設置療癒花園，種植有氣味的花木，讓氣味直接刺激腦部的感情與記憶，以芳香增進甦醒、提神，鎮定心情、減低攻擊性、提升身體防禦機能。但要注意避免種植具毒性的物種。

（五）因應特殊行為的環境

失智症者的遊走行為是一種沒有目的、目標的行走，可能是想要尋找安全熟悉的地方的自然反應，然而相關研究指出²，安全的遊走具有復建的功能，因此，不需要限制其遊走，反而要提供一個有意義的徘徊空間，降低失智症患者的不安與焦慮，積極的提供適當的引導。規劃原則如下：

1. 對於所居住的房間給予定向感的標示或刺激，協助長者輕易找到自己的住所。
2. 路徑安排應形成迴路，無岔口及端點，可設計成小中庭、大迴廊等形式。
3. 減少環境中引起不安的躁音，但可適度運用低頻、持續且有規律的躁音(white noise)。
4. 路徑中如果必須有岔口或通往他處的門，採適度的掩飾或偽裝設

² Coltharp, Richie, & Kaas(1996)、黃耀榮(2009)。

計，讓失智者無法察覺，以避免不安。

5. 戶外庭院使用圍牆或籬笆綠化設計，適度區隔機構與外部社區，避免長者看到戶外的世界而有想要出去的衝動。
6. 主要出入口可加裝開門警示器，門被打開就會發出聲響，但不需採用高分貝的警鈴以避免驚嚇長者。
7. 視需要使用電子監測設備防止走失。

（六）強化自我認知的環境

1. 對於所居住的房間給予定向感的標示或刺激，沿著動線使用簡單的標誌給予視覺指示，例如在牆上掛圖片，使用看得到的障礙物、熟悉的物品等。
2. 住家（房間）門口應容易辨識，可貼上名牌或居住者喜愛的裝飾、圖畫、植栽等。

（七）促進學習的環境

空間規劃應安排多處角落的聚集、停留空間，增進居住者的交流及互動機會。

1. 在公共空間設置多處休閒座椅區，放置書報架、閱讀桌椅、鋼琴等，引導長者剪報、下棋、練書法等活動，刺激長者多動腦。
2. 鼓勵親手作的機會，例如設置大型餐桌，用餐時可以自行打菜，一群人面對面聊天，或可作為製作手工藝品的場所。

第三節 高齡失智者環境設計基準

綜合前述，適宜的居住環境規劃及空間設計，對於高齡失智者維持或減輕病情是有助益的。近年我國推動補助及獎勵各類型高齡者照護機構的設置，已經從早期單純追求「供應量的增加」，轉換到「住民生活品質的提昇」。行政院衛生署及衛生福利部為了有效能管理並監督高齡者照護機構的品質，從90年度起要求縣市政府進行各類機構訪查，內政部並制訂老人福利機構評鑑機構評估基準，但前述實施的機構訪視及評鑑制度中對「環境及空間設備」構面較少著墨，僅針對各類型高齡者照護機構設置標準及建築或消防法規等基本要求，但多著重在量(面積)的規定，忽略了質(設計或安排)的層面，導致相關機構即使經過多次修繕，似乎未能建構出符合住民及工作人員需求的空間品質。

其次，國內學術界也逐漸關心支持性照護環境相關議題，累積有關機構環境探討之案例，曾思瑜(2009b)探討日本學者發展出有關高齡者照護環境的評估工具「對認知症高齡者的環境支援指針（簡稱PEAP）」，源自2002年日本照護及環境研究協會以日本社會事業大學下垣光、兒玉桂子教授等為首，由建築學、心理學、社會福祉學等範疇的學者組成跨領域的研究團隊推動，提供日本建構失智症高齡者的環境支援時具體的參考方向，其精神是定位在以環境治療的觀點，參酌日本文化、照護及建築與空間構造的實情，將定位調整成提供「現場照護工作人員進行環境規劃設計時的參考方針」，以採用讓現場照護工作人員熟悉且簡潔易懂的文字，並配合明確具體的文字說明，以評估機構中實質從事失智症高齡者照護的工作人員為對象進行調查，再依據其調查結果修正成「PEAP 日本版3」，是對入住到養護中心、護理之家或小規模群居住宅（group home）等機構的失智症高齡者，提供廣義的環境支援的指針。

如圖4-3-1所示，PEAP評估目標共分8個次元，包括：對辨識方面的支援、安全及安心的支援、私密性的確保、環境中刺激的調整及環境中刺激的質、生活機能能力的支援、自己選擇與決定的支援、維持生活繼續性的支援、促進住民的交流互動。

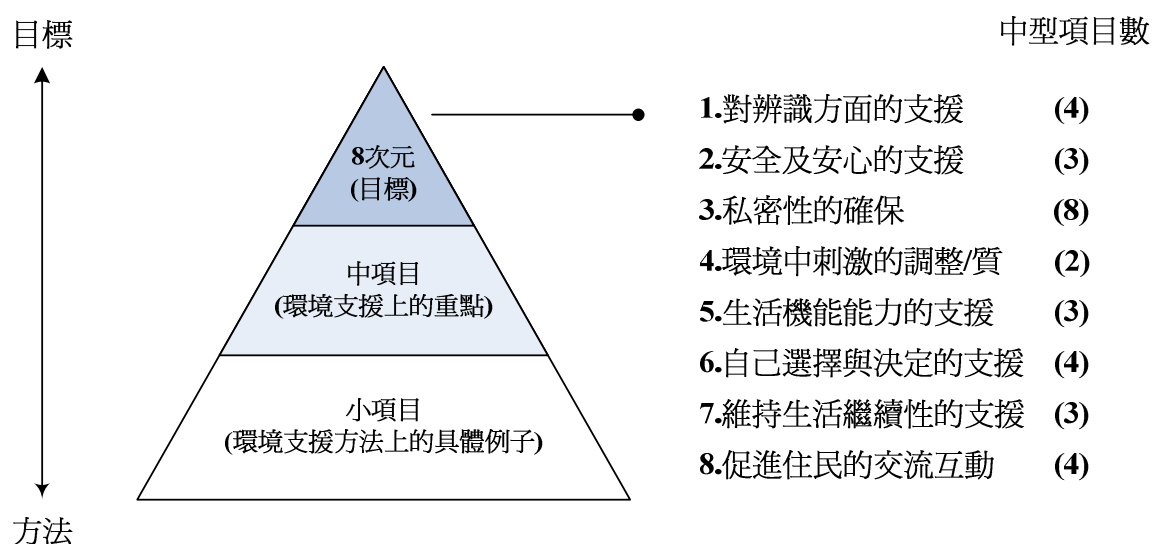


圖4-3-1、PEAP評估目標及方法項目

資料來源：兒玉桂子等(2010)

如表4-3-1所示，PEAP的8項目標轉化為由8個評估構面總計31個評估項目所構成，可大分為兩部分，其中1~4主要是有關硬體建築物環境設備的評估構面，5~8則是有關照護及機構營運理念和方針的評估構面，提供現場照護工作人員進行環境規劃設計時的參考方針。

因此，本章後續將依據PEAP各評估構面之評估項目內容，作為本研究研提高齡者失智照護機構居住單元空間規劃應達之基準及改善原則，並彙集國內外相關規範或設計基準等文獻，輔以實地蒐集案例之照片，或改善建議之繪圖說明，研擬參考手冊，供相關單位參考。

表4-3-1、PEAP日本版3評估構面及評估項目

評估構面	PEAP 日本版3
1. 對辨識方面的支援	1. 環境中資訊及情報的活用
	2. 對時間、空間認知的支援

	3. 容易辨識的空間和所在場所
	4. 視野的確保
2. 安全及安心的支援	1. 方便守護住民
	2. 確保安全的日常生活
3. 私密性的確保	1. 有關私密性的機構方針
	2. 確保寢室空間中的私密性
	3. 讓空間具多元選擇性以確保私密性
4A. 環境中刺激的調整	1. 對妨礙生活噪音的調整
	2. 提供適當的視覺刺激
	3. 對於令人不愉快臭味的調整
	4. 改變地板材質可能造成危險的考量
4B. 環境中刺激的質	1. 提供有意義良質的聲音
	2. 從視覺刺激中對環境適應的支援
	3. 藉由香味引起感性的機制
	4. 提供柔軟的素材
5. 生活機能能力的支援	1. 對提昇住民自我照顧的支援
	2. 能獨立自主進食用餐的支援
	3. 調理、清潔洗滌、購物等活動的支援
6. 自己選擇與決定的支援	1. 可自由選擇想停留的空間及所在場所
	2. 柔軟彈性地因應住民的行動及選擇
	3. 準備各種椅子和生活小用品
	4. 寢室空間的選擇具彈性
7. 維持生活繼續性的支援	1. 熟悉的行動樣式和生活型態持續的支援
	2. 住民個人特質的表現
	3. 營造居家溫馨的環境
8. 促進住民的交流互動	1. 提供能誘發交流和互動的空間
	2. 促進交流互動的傢俱和配置
	3. 提供能引發交流互動的生活小道具
	4. 社會生活的支援

資料來源：曾思瑜(2009b)

以下本研究以參訪國內機構之案例照片，依據PEAP的8項目標轉化為由8個評估構面總計31 個評估項目，參照曾思瑜(2011) 高齡者居住空間規劃與設計一書中之翻譯文稿內容，嘗試撰擬設計基準之參考手冊。

◎發揮環境的物理、社會、時間層面的效果，引發或提升使用者最大辨識能力的環境支援方針。

1. 環境中資訊及情報的活用：活用記號、圖案、顏色等，例如適當的在房間和廁所入口標示符號、名牌、圖案等，以方便高齡者理解房間或廁所的位置。



住家（房間）門口應容易辨識，可貼上名牌或居住者喜愛的裝飾、圖畫、植栽等。



鼓勵長者動手做喜愛的手工藝品，裝飾自家（房間）門口，也可提高歸屬感及認同感。



第 1 次元

強化辨識力

2. 強化對時間、空間認知：為了讓居住者掌握時間的訊息、季節的流轉，可在各空間擺設日曆、時鐘等作為提醒。



房間桌上擺設時鐘，提醒居住者配合晨、昏作息。



鼓勵居住者依不同季節變化，在門口布置具有節慶氣氛的裝飾。



照片資料來源：雙連安養中心

餐廳配合節慶提供特色餐點，也是一種提醒居住者「時間」感的方式。

- 3. 容易辨識的空間和自身所處的場所：**控制機構中每一組生活單元的人數規模在 10 人以下，適當的空間尺度可以幫助居住者掌握生活空間範圍，也有助於建立穩定的人際關係。在空間布置方面，為了讓居住者瞭解自己身處的位置，避免齊一式的空間設計，牆壁、地板、窗簾、床具等皆可變化各種不同圖案、顏色、質感之裝飾，以有助於居住者辨識。

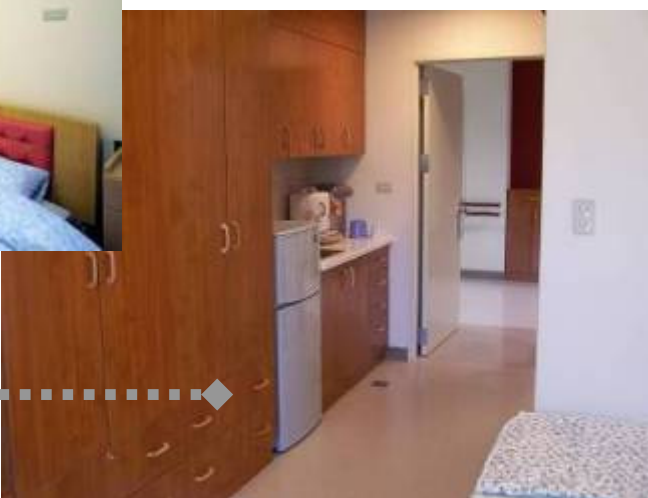


活用不同顏色、質感的材料，布置生活化的交誼空間。

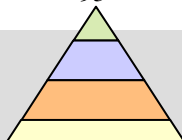
避免齊一式的走廊，牆壁應有不同顏色，燈光計畫應有變化。



房間地板可活用木地板材質或有顏色的鋪面，房間櫥櫃可採具溫暖感的木質紋理。



本頁照片資料來源：雙連安養中心



第 1 次元

強化辨識力

4. **視野的確保**：為了讓入居者安定身心，生活起居使用之場所，應盡量在居住者的視線可及範圍，避免封閉的空間感，可採開放式的空間規劃，例如從房間可看到餐廳、客廳、交誼室等活動概況，又如在客餐廳可眺望戶外的景色等。



可看到戶外景觀的交誼廳。



避免用過多的牆面阻隔視線，通透的視線讓客廳、餐廳、及廚房的活動一覽無遺，讓居住者容易掌握日常生活概況。

第 2 次元

強化機能及生活能力

◎增進居住者日常生活動作能力(如移動、整理儀容、如廁等)，協助其獨立自主生活的環境支援方針。

1. 以能夠自我照顧為目標，提高居住者獨立自主能力：例如讓居住者方便找到廁所的位置，廁所、浴室、及洗面盆應設置扶手，以便於高齡長者使用。



照片來源：雙連安養中心。

廁所盥洗室設置兼顧美觀扶手，對於體能衰弱的長者是有必要的，亦可兼顧使用安全。



照片來源：
內政部社會司(2007)。



浴室淋浴間設置扶手，以利長者沐浴時起身，洗面盆亦可擺放椅子，減少長者站立梳洗的體力負擔。這些貼心的設施，可以讓居住者更樂於保持自身的整潔。

第 2 次元

強化機能及生活能力

2. **協助居住者能夠自主進食及用餐：**為了提升居住者用餐的意願，塑造用餐的氣氛，應盡量鼓勵居住者使用一般家庭用的餐具和碗盤，及相關的輔助器具。



用餐是機構長者一天中最重要的活動之一，除特殊情形外，應鼓勵使用與一般人相同的餐具，肯定長者自主進食的能力，也有助於增進與他人交流的自信心。



雅致的餐具，可增進長者用餐食慾，塑造優雅的用餐氣氛。

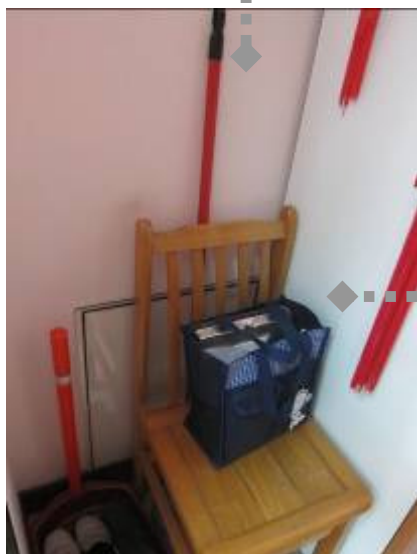


本頁照片來源：雙連安養中心。

3. 調理、清潔、洗滌、購物等活動的支援：在居住者容易接近或取用的地方，放置掃把、畚箕、抹布等清潔用具，活動空間設置能依需要調節高度的桌子。



整潔雅致的居住環境人人都愛，居住長者也不例外，應盡量提供方便、不費力使用的清潔用具，方便長者隨手整潔環境。



居住者房間內，應安排適當的空間擺放清潔用具，或方便放置雜物的低矮櫃子，井然有序的環境，可增進居住的舒適感。

第 3 次元

環境刺激的質與調整

◎導入不致構成居住者壓力的環境刺激因素，並調整環境刺激品質的手法。

1. **提供有意義的良質聲音：**在生活環境的安排，可讓入居者聽到有意義的聲音，例如談話聲、準備用餐的聲響，活動聲、或背景音樂等。
2. **從視覺刺激誘導對環境的適應：**營造生活環境，應納入可反映居住者熟悉的年代及文化之繪畫、海報、商品或裝飾品等。為了讓居住者瞭解晝夜時間的變化，應盡量讓白天的照明明亮，並控制夜間的照明品質。



照片來源：
雙連安養中心。



照片來源：內政部社會司(2007)。

生活空間盡量擺設居住者熟悉年代的物品或裝飾。



照片來源：雙連安養中心。

燈光或照明宜平均穩定，避免投射陰影或產生影子，亦不宜使用會反光的材質。

3. **運用香味引起感性的機制：**生活環境中盡量排除令人不悅的味道，如消毒水、廁所或尿部等氣味，應多安排一些可散發優雅香味的擺設，或增進心情愉悅的物品，例如鮮花、水果等，或營造庭院、花園等具導引嗅覺刺激的空間。



照片來源：
雙連安養中心。

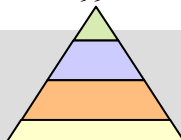
生活空間可擺設可散發香味的花束或盆栽。



打造「可產生氣味」的環境，例如設置療癒花園，種植有氣味的花木，讓氣味直接刺激腦部的感情與記憶，以芳香增進甦醒、提神，鎮定心情、減低攻擊性、提升身體防禦機能。但要注意避免種植具毒性的物種。



照片來源：雙連安養中心。



第 3 次元

環境刺激的質與調整

4. **運用柔軟的素材：**家具、室內裝潢等盡量選用木材和布料等柔軟的素材。



選用柔軟的素材，可以帶來視學的柔和感，也可以避免意外碰觸導致的傷害。

5. **避免妨礙生活的噪音：**應盡量降低廣播、電視，及餐車、推車移動時所發出的音量。



控制環境中發出的聲響，避免居住者受到干擾或驚嚇。

照片來源：
雙連安養中心。

- 6. 提供適當的視覺刺激：**寢室內的窗戶，可採用窗簾或百頁窗調整光線，並應避免使用照明後會造成反射或刺眼的材料，

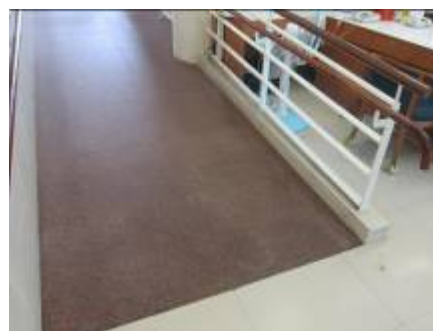


- 7. 調整令人不愉快的氣味：**避免廁所臭味瀰漫或擴散到整個室內空間。

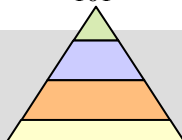
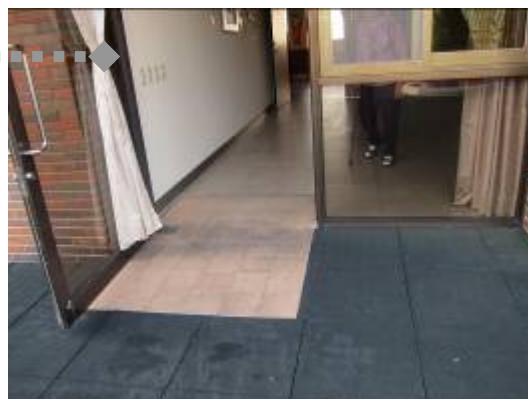
室內適度引進自然的陽光，可使用布簾與百葉窗，控制太陽光，避免直射。若要運用人工光線，應採用高照度的間接照明，照度宜平均，避免產生陰暗面或影子。

照片來源：
內政部社會司(2007)。

- 8. 改變地板材質，避免危險事件的發生：**避免在移動的動線或路徑上，例如磁磚鋪面、地板或地毯，變換材質時應做到順平，以避免居住者應變不及而發生意外。



避免使用局部的小塊地毯，電線或延長線應予以固定，避免絆倒，房間門口或斜坡道出入口應順平避免設置門檻。



第 4 次元

安全及安心的支援

◎將有可能威脅居住者安全的因素控制在最小範圍，提高居住者、工作人員及家屬安心感的環境支援方針。

1. **方便照護居住者的空間規劃：**生活單元的動線和內部空間設計，必須讓工作人員容易確認居住者位於何處，採用不會太明顯的方式，監控與外部連結的出入口，要避免採用聲音大作警鈴和令人驚恐的閃光警示。



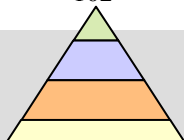
空間配置可讓生活陪伴員確認居住者的形蹤，便於一覽其活動的概況。

照片來源：陳政雄。

2. **確保安全的日常生活：**為方便身心機能逐漸衰退的居住者行動，在走廊、廁所、浴室、房間等空間設置扶手，同時，家具及櫥櫃也要採用圓滑的轉角，避免碰撞受傷。



在走廊、樓梯設置扶手，可減輕長者行動的負擔，並提升安全性。





照片來源：雙連安養中心。



照片來源：
內政部社會司(2007)。

考量長者使用需求的床位設計，在兩側設有視需要收起或放下的扶手欄杆，房間內設有緊急呼叫電話設備。



照片來源：內政部社會司(2007)。



照片來源：雙連安養中心。

電梯裡放置座椅，讓不耐久站的長者可以坐下小憩，是一項貼心的設計。

第 5 次元

維持生活的持續性

◎儘可能維持居住者熟悉的生活環境及生活方式，可從「個人所有的物品」以及「空間環境的營造」兩方面著手。

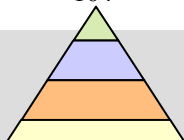
1. 持續居住者熟悉的行動模式和生活型態：從和居住者的互動、及和其家屬的溝通過程中，取得居住者的喜好和活模式等資訊，儘可能提供機會給居住者，擔任並發揮之前的工作角色。



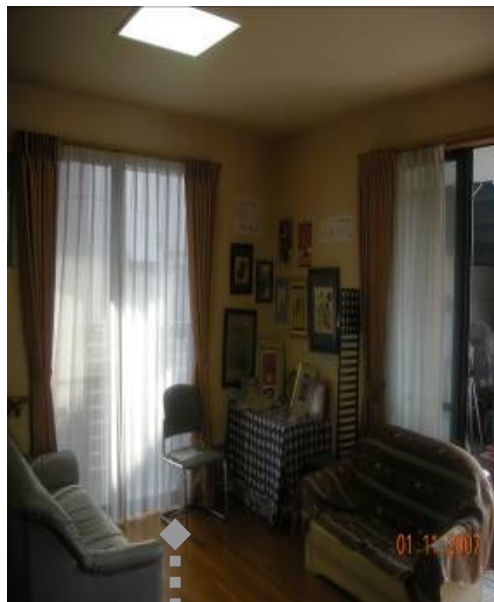
瞭解居住者的專長，並提供機會，讓他們在機構中也可以發揮所長，延續先前的生活方式。

應提供場地，讓居住者的興趣或喜好得以延續。

本頁照片來源：雙連安養中心。



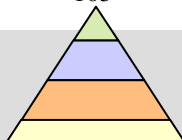
讓居住者展現個人特質：鼓勵居住者攜帶慣用的桌椅、櫥櫃等家具，房間內預留可以放置個人物品及照片的空間。



房間佈置應尊重居住者的想法，提供適當空間擺設其慣用的傢俱，以延續過去的生活模式。



本頁照片來源：內政部社會司(2007)。



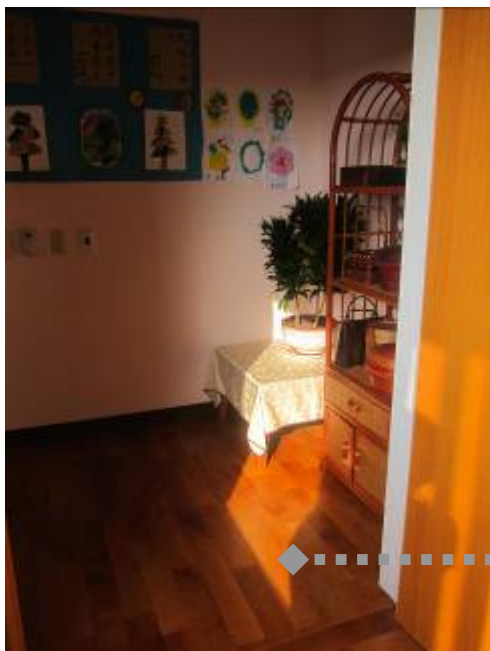
第 5 次元

維持生活的持續性

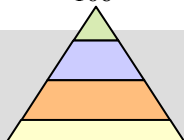
3. 營造居家溫馨的環境：避免安排單調、整齊劃一的空間，選用家具應有變化，在共用空間裝飾可反映入居者成長時代背景和文化的繪畫、照片等，營造親切熟悉的氣氛。



布置可反映居住者時代背景的書法、繪畫等，營造溫馨的環境。



塑造像家的氣氛，避免整齊劃一的傢俱擺設。



◎從物理環境的調整手法，尊重並落實居住者的個人喜好、興趣等的環境支援方針。

1. **有彈性的因應居住者的行動選擇：**提供資訊讓居住者有機會選擇想要參加的活動，在容易看見的場所公告活動日程、時間、場所等資訊，讓居住者知曉並參與，也有表達意見的機會。



照片來源：雙連安養中心。

- ◆ 應提供居住者可選擇參加的活動類型及表達意見的機會。

2. **可自由選擇想停留的空間及場所：**在某一空間範圍內，提供多個不同情境的共用空間及戶外場所，以便讓居住者選擇停留的空間，自由出入例如餐廳、交誼廳、中庭、戶外庭院等。



照片來源：黃美娜(2006)。



照片來源：
社會司(2007)。



- ◆ 提供居住者可自在停留的空間。

第 6 次元

自己選擇與決定

3. **準備各種椅子和生活小用品：**因應使用者的喜好及個性，準備各式各樣的椅子和生活用品，讓居住者可以自由挑選使用。



讓居住者選擇自己喜好的生活用品。

照片來源：社會司(2007)。

4. **寢室空間的選擇應具彈性：**寢室內的窗簾、溫度、照明等、應讓使用者可以依喜好控制或調整，也可以自行佈置房間內的傢俱擺設。



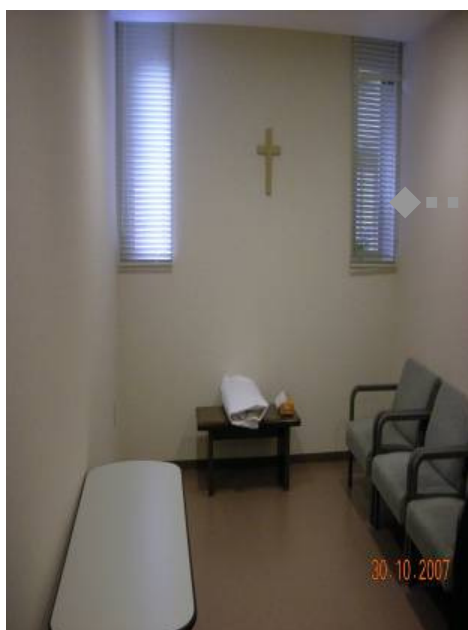
照片來源：黃美娜(2006)。

讓居住者依自己喜好佈置生活空間。

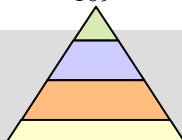


◎確保居住者的隱私需求，包括獨處、或可選擇是否與他人交流。

1. **考量居住者私密性的生活常規：**進入居住者房間前應事先敲門，或發生徵得其同意，居住者可以有關門的自由。
2. **確保房間的私密性：**兩人以上共用房間時，至少可以用拉簾隔開，或是採用效果較佳的家具或隔屏，確保居住者的生活隱私。
3. **讓空間更具多元選擇性以確保隱私：**提供某些不受打擾的空間，讓居住者和工作人員(生活陪伴員)可以討論個人的話題，除了大型公共場所外，須規劃可供 2-3 人使用的談話空間。



規劃某些不受打擾的小空間，提供居住者與朋友聊聊個人私事，或是設置宗教信仰空間等。



第 8 次元

促進居住者的交流及互動

◎促進居住者社會接觸和互動的環境支援方針。

1. **提供能誘發交流及互動的空間：**規劃可供不同人數規模交流互動的場所，例如在出入頻繁的大門口及走道旁，設置可以看到來往人群的座位，及可自然打招呼的互動空間。



具有增進交流
互動效果的空間
規劃。

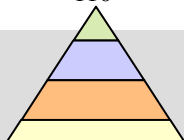
照片來源：社會司(2007)。

2. **促進交流互動的家具和配置：**在房間以外的日常生活區域，配置數量充分的椅子，椅子不應只是沿著牆壁排列，應以方便使用者談話交流的原則配置，並可提供尺寸大小不同的桌子。



具有增進交流互動效果的家具
排列。

照片來源：社會司(2007)。



3. **提供可以引發交流的生活小道具：**在生活單元中，提供可以引起居住者相互關心及促進交流的物品，如季節性裝飾、能勾起過去回憶的物品等。



照片來源：社會司(2007)。

◆ 增進交流互動的展示品。

4. **支援社會生活：**提供營造居住者與同伴人際關係的機會，以及可外出到社區，和當地居民交流的機會。



◆ 鼓勵居住者參與社區居民活動。

照片來源：
雙連安養中心。



照片來源：社會司(2007)。

第五章 結論與建議

本計畫研究成果包括：分析現行高齡者失智照護機構環境現況，檢視相關法令及主管機關查核標準，提出亟待修正之項目內容。彙整國內外相關研究文獻及政策措施，提出高齡失智者居住環境改善之原則。研提高齡者失智照護機構應達之基準，研提具體之設計基準手冊草案，供相關單位參考。提出具體可行之整合方向與原則，供相關單位修正法令及研訂推動策略之參考。

第一節 結論

本研究以 101 年底老人人口(2,600,152 人)推算，台灣 65 歲以上人口之輕微認知障礙人口有 510,410 人，極輕度失智症 91,265 人，並有 140,408 人為輕度以上失智症且符合目前身心障礙條件，達到生活起居必需他人協助之程度。照顧失智老人的社會成本，將成為下一個青壯年世代非常沉重的負擔。

必較丹麥及日本的高齡人口政策及措施方向，可歸納「社區化照護」及「在地老化」趨勢、塑造「家」感覺之照護環境，及整合社區資源、以人為主體的設施策略三方面，換言之，從機構轉到在宅老化，似乎已成國際趨勢。事實上，就長期照護之整體性來看，機構照護擴展至最大，即接近社區之型態，而社區照護規模濃縮，即接近機構之型態。近年各國皆積極強調落實「在地老化」之社區式照護目標，機構式照護比例雖可能較少些，然不可或缺；且機構式照護亦為社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式照護之喘息服務平台，有其存在與發展絕對之必然性。因此，究竟要選擇自宅、社區或機構，需先將高齡者生理狀況以及對應之住宅樣態進行分類。

在這方面，我國針對高齡失智問題日趨普遍，長期照顧機構之失

智照顧中心的設置需求日增，老人長期照顧機構（失智照顧型）之興建或設立補助是本部本(102)年度推展社會福利政策性之重要項目。

事實上，失智長者使用的空間需要特別規劃，照護方式也較特殊，然而依據老人福利機構設立標準第3節失智照顧型機構21-23條之規定，僅有面積大小、設置項目等概要規定，未能反映空間規劃之特殊需求，亦無相關基準或參考手冊，可供相關單位進行機構設立審核及評核作業之參據，或訂定具體的規劃設計基準，作為鼓勵相關機構團體進行環境改善之配套措施。

綜上所述，本研究結論如下：

- 一、 為提升受服務者在機構得到整體性之服務水準，改善失智照顧福利機構之環境品質，亟待撰擬相關參考案例，提供福利機構執行單位參考。**
- 二、 為保障老人權益，促進老人福利機構業務發展與經營管理理念，提昇機構服務品質，建議相關單位應建立鼓勵機構團體進行環境改善之機制及配套措施。**
- 三、 我國失智症單元照顧環境之法令，及福利機構評鑑有關環境設施及安全維護指標，皆著重於空間量的標準，缺乏品質向度的評估基準，評估結果不易呈現優劣差異，亟待建立具鑑別度之指標基準。**

第二節 建議

建議一

老人福利機構空間應用智慧化設備等研究課題，規劃納入本所「全人關懷生活環境科技發展中程個案計畫」之分年執行計畫：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

展望未來，如何有智慧的與環境共生共存，成為建築規劃與設計時的重要考慮因素，而兼顧人性化需求的智慧建築，將成為21世紀新建築規劃設計的主流。包括整合建築物本體與資通信科技所產生之結晶，使改善後之建築物具備「主動感知的能力」、「最佳的問題解決途徑」及「友善的人機操作介面」等功能，使建築物機能與品質提昇。例如，在機構中引進安全監控，建置安全出入監控系統（含服務管理軟體、腕帶式主動標籤、電腦主機、RFID讀取器等）；以及考量健康照護管理面向，建置無線護理偵測系統（含無線護理偵測系統、床鋪離位偵測組、離位偵測器等）。即時掌握並保護長者在戶外活動時的安全，以自動化的無形警衛打造智慧化的安全防護空間，若長者有不適情形發生，當班人員能在第一時間立即應變處理。

為此，有關建築智慧化與全人關懷生活環境之關聯，應有相對應之研究課題規劃，擬規劃老人福利機構空間應用智慧化設備之研究，納入本所「全人關懷生活環境科技發展中程個案計畫」之分年執行計畫。

建議二

研提失智型長期照顧機構居住單元空間規劃基準，提供相關單位編擬手冊參考：中長期建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：衛生福利部社會及家庭署

現行老人福利機構設立標準第 21-24 條，對於失智型長期照顧機構之空間規劃，僅限於面積大小、設置項目等概要規定，未能反映空間規劃之特殊需求。

然而，由於空間「品質」並非以空間數據或尺度規範即為足夠，須以質化向度之敘述達成對品質之要求，並且考量設施所在區域之環境狀況採因地制宜。因此，不宜以法定強制規定。本研究指出建築環境規劃設計的關注面向，應包括安全、和安心兩方面，在此架構下，衍生規劃設計的基本原則為健康、安全、安心、提供適度感官刺激、因應特殊行為、強化自我認知和促進學習的環境等。

因此，在現行法令標準為基礎下，亟須研議失智型長期照顧機構居住單元空間規劃基準，並編擬參考指針彙集為手冊之方式，提供主管機關做為新建機構之設立審核及評核作業參據。

建議三

現行老人福利機構評鑑及獎勵辦法第 5 條老人福利機構評鑑項目之三、環境設施及安全維護項下，建議權責單位增擬品質向度之相關指標：中長期建議

主辦機關：內政部建築研究所

另一方面，對於既有之老人福利機構，衛生福利部基於保障

老人權益，促進老人福利機構業務發展與經營管理理念，提昇機構服務品質，確保受服務者在機構得到整體性之服務，依據老人福利法第三十七條第二項、及老人福利機構評鑑及獎勵辦法第五條第二項，每3年針對經許可設立且已營運之全國性、省級公立、公設民營及財團法人老人福利機構，實施老人福利機構評鑑作業。

其中與建築環境空間規劃有關之指標包括 C1. 環境設施：機構房舍總樓地板面積及使用現況符合法規情形、寢室設施、公共空間採光、照明及通風設備、餐廳、日常活動空間(如閱覽區、活動區、會客區)、寢室及浴廁緊急呼叫系統、監視器設備，無障礙通路、樓梯、昇降設備(電梯)、無障礙浴室、無障礙廁所設置情形等共18項。C2. 安全維護：建築物公共安全檢查簽證申報、消防安全察查及防火管理、避難逃生路徑、災害(風災、水災及地震等)緊急應變措施等共4項。

然而，前述指標僅能評定機構是否達基本之建築法規要求，對於部分已針對失智症者所需之環境，進行品質提升之機構，指標評分機制無法呈現其努力成果，因此建議權責單位在環境設施及安全維護項下，增擬品質向度之相關指標，以鼓勵既有老人福利機構提昇服務品質，造福更多的失智長者。

附錄一

期初簡報會議紀錄及回應表

審查意見	回應並修正報告書
- 鑑於失智者屬心理層面之障礙而非肢體障礙，研究題目請考量刪除「無障礙」一詞，以免與行動不便或輪椅使用者對應之無障礙設計混淆。 - 如何運用物理環境手法，建置支持性的失智照護環境設計，使失智長者除了「安全」的生活空間，提升至「安心」的心理境界。 - 應廣泛蒐集相關案例，探討失智者需要的環境，如何藉由顏色、燈光及模仿過去生活情境等佈置，塑造熟悉住處並增進對「家」的歸屬感。 - 未來應逐步就高齡化福利機構相關課題，例如智慧化科技設備之應用、如何提供意外跌倒之救援、預防失智力行為、火災逃生等課題進行探討。	遵示辦理，擬據以修正研究內容。 - 已刪除「無障礙」一詞，並修正研究題目為「高齡者失智照護機構居住單元空間規劃之研究」。 - 適當之環境設計有助於高齡失智者之身心安定，並可達成職能治療的目標與機制，支持性的環境與情境治療手法包括營造住民之認同感、對住民遊走行為之因應、適度之感官刺激、避免造成住民產生幻覺行為等，已納入研究內容。 - 已擇定雙連安養中心、北區老人之家及五股老人公寓等案例進行調查。 - 智慧化科技設備之應用、火災逃生等課題，擬納入後續探討課題規劃。

內政部建築研究所 102 年度第 4 次研究業務協調會議紀錄

(期初簡報會議紀錄)

一、時間：102 年 4 月 1 日(星期一)下午 2 時正

二、地點：本所簡報室

三、主席：何所長明錦

記錄：蔡介峰、李其忠、李鎮宏、
靳燕玲、陶其駿

四、出席人員：詳簽到簿

五、主席致詞：(略)

六、研究案主持人簡報：(略)

七、發言要點：

(一)「LED 燈具之照明效率及品質研究-以輕鋼架天花板嵌入型為例」案：

1. 本案題目建議修改為「輕鋼架天花板嵌入型(T-BAR)LED 燈具照明效率及品質研究」較為清楚明確，至於研究方向之調整修正，請再與組長商議考量。
2. 本研究目的、研究內容及範圍與研究限制等，應予以詳述，尤其光學設計參數宜定義清楚，以免未來研究成果發生混淆或誤用情形。
3. 目前國外是否已有「輕鋼架天花板嵌入型 LED 燈具」或其他 LED 燈具或燈源之相關規範，請儘量做較完整之搜集並進行比較分析，使研究成果更為完備周延。
4. 研究中所使用之名詞如「冷發光」、「品質」等，名詞之涵義宜先清楚界定。

(二)「水泥砂漿修復鋼筋混凝土柱之耐火性能研究」案：

1. 本研究採水泥砂漿修復，是否具實質意義？試體製作及養護達 6 個月是否過長？請掌握研究期程，如期如質完成。

2. 請多蒐集有關水泥砂漿修復文獻，並對其修復機制理論說明。
3. 請再與安全防災組組長、蔡主任及成功大學相關領域學者商議並審慎考量，就有疑慮的部分修正題目與計畫內容，使本研究案更具應用價值。

(三)「鋼管混凝土柱軸力下耐火性能技術報告彙編」案：

1. 本案技術報告彙整究為委、協辦案實驗完成後再行提出或依個案實驗結果逐一呈現，請加以說明。
2. 原計畫提案表預期成果中提及研擬鋼管混凝土柱條例式防火時效之相關內容，惟本次簡報內容中未列入說明，係因後續研究成果恐無法歸納求得或其他因素，請說明釐清。
3. 鋼管混凝土柱與填充型箱型鋼柱相關定義應先說明清楚，以免設計時遭誤用。
4. 本研究案與委、協辦案如何分工？並應說明整體預期產出及其用途，如須修改設計規範，係由本案主導或3案協同研議，應先考量清楚。
5. 實驗設計、分析模擬結果驗證與後續受側向力柱試體規劃，應朝寬廣面向多邀請相關專家學者提供意見與經驗，並與本所工程組同仁相互討論，俾使本案研究成果能更趨成熟嚴謹。

(四)「高齡者失智照護機構無障礙環境設計空間規劃之研究」案：

1. 鑑於失智者屬心理層面之障礙而非肢體障礙，研究題目請考量刪除「無障礙」一詞，以免與行動不便或輪椅使用者對應之無障礙設計混淆。
2. 如何運用物理環境手法，建置支持性的失智照護環境設計，使失智長者除了「安全」的生活空間，提升至「安心」的心理境界。
3. 應廣泛蒐集相關案例，探討失智者需要的環境，如何藉由顏色、燈光及模仿過去生活情境等佈置，塑造熟悉住處並增進對「家」的歸屬感。
4. 未來應逐步就高齡化福利機構相關課題，例如智慧化科技設備之應用、如何提供意外跌倒之救援、預防失智力行為、火災逃生等課題進行探討。

(五)「矩形填充混凝土箱型短柱耐震行為之研究」案：

1. 建議本案宜先瞭解美日等國未採鋼板組合型箱型斷面之原因，並評估國內建築市場卻廣泛此種型態斷面之緣由，以輔助陳述本研究案探討主題之必要性。
2. 建議本案除探討圍束繫桿，對於矩形填充箱型柱混凝土之圍束效應外，亦可再納入其他可提升柱內混凝土圍束能力之具體作為。
3. 由於本案研究內容，涉及法規規範修訂及結構安全確保等事項，建議於後續研究過程中，應設法廣徵學者與深具工程實務專家之意見，未來相關研究之產出，務請審慎嚴謹。

八、會議結論：

- (一)爾後開會程序應先確認上次會議紀錄，承辦組室請留意。
- (二)與會同仁之寶貴意見，請各研究案主持人就意見交換之結論詳實紀錄，做為修訂研究方向與日後檢核之參考。
- (三)為使南部同仁可同步聽取簡報檔，請綜合組與秘書室聯繫，儘速處理改善，俾讓同仁有效參與。

九、散會：(下午 4 時 30 分)

附錄二

期中簡報會議紀錄及回應表

審查意見	回應並修正報告書
1. 本研究案收集各國現有失智老人機構的處理方式，針對未來我國機構的需求作出建議，研擬出參考手冊是值得鼓勵的，另原住民55歲為法定之老人。	已於第 4 章高齡者失智照護機構環境改善策略芻議，研擬第 3 節高齡者失智環境設計基準手冊。另原住民 55 歲為法定之老人已於第 1 章第 4 節用語定義說明中補充。
2. 摘要五、預期成果（一）…無障礙環境現況，…及（二）研提…無障礙基本標準…，惟本案研究似非僅針對無障礙環境之建置，文字可再修正。 3. 建議未來可探討住宅變更為居家照顧之法令條件，是否適度放寬之研究。 4. 逃生避難之規劃原則，如等待救援空間、雙向逃生、2個以上防火區劃、消防救援等課題，建議納入研究。	1. 行動不便者與生活不便者之需求有別，失智症屬精神認知層面之障礙，僅需維護基本環境安全，與我國現行之建築物無障礙環境定義不同，已於報告書中修正。 2. 有關住宅變更為居家照顧設施之法令及消防逃生避難等課題，將納入後續研究規劃參考。
5. 報告書第74頁PEAP中的安全、安心的設計宜考量防止意外跌倒及傢俱的銳角消除等。 6. 報告書第73頁政府部門原社會司經組改後，名稱應配合修正。 7. 建議提醒相關部門應有配套措施，以配合推動辦理專業人員培訓機制。 8. 照顧中心之消防演練及逃生路線應有兩條。	1. 安全、安心的設計原則，已納入第 4 章高齡者失智照護機構環境改善策略芻議，研擬第 2 節高齡者失智照護空間規劃需求，及第 3 節高齡者失智環境設計基準手冊內容。 2. 原內政部社會司經組改後，名稱應配合修正為衛生福利部，已於報告書中修正。 3. 有關消防逃生避難、專業人員培訓機制等課題，將納入後續研究規劃參考。
9. 建議研究題目得修正為「失智型長期照顧	1. 研究題目已修正。

機構居住單元空間規劃之研究」。 10. 行動不便者與失智者之需求有別，失智症屬後者，較重於社會參與，先要空間組織，再要求無障礙設施，可確保生活持續性、塑造家的感覺，同時，與社區關係有「街」的意象。 11. 丹麥高齡者照顧服務3原則，包括持續個人生活、尊重個人決定、發揮個人能力。	2. 失智症空間重於社會參與及對應之空間組織，已納入第4章高齡者失智照護機構環境改善策略芻議內容。 3. 有關丹麥高齡者照顧服務3原則之譯文為持續個人生活、尊重個人決定、發揮個人能力，已於報告書第2章國外高齡失智者照護政策及法令評析第1節丹麥高齡者失智照護相關政策中修正。
12. 對於失智、失聰又不能言語的高齡者，如何協助建置建築生活環境，如何防止其心理恐懼而發生的行為異常及安全管理。 13. 對於失智又不識字的高齡者，如何協助溝通及資訊提供。 14. 建議將日本小型多功能居家照顧機構納入研究修法參考。	1. 本研究探討之高齡失智者，以經醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象，暫未考量合併患有肢體障礙者之需求，建議策略擬以空間組織促進社會參與為主，環境無障礙為輔。 2. 有關日本小型多功能居家照顧機構等課題將納入後續研究規劃參考。
15. 建議在定義部分敘明本研究案「居住單元空間」之空間組成，是否包括公共使用空間及照顧者使用空間。 16. 建議比較一般照顧機構與失智者照顧機構的居住單元空間兩者之差異性。	有關空間組織及比較等課題將納入後續研究規劃參考。
17. 高齡者照護機構單元與高齡者失智照護機構的界定，在國外文獻中建議區分清楚。 18. 有關國外案例的介紹，建議加入圖說，可使讀者更為清楚瞭解。	有關高齡者照護機構單元與高齡者失智照護機構的界定，已於第2章國外高齡失智者照護政策及法令評析第2節內容修正，並加入圖說。
19. 建議結論提出失智照顧機構居住單元空間規劃設計原則相關建議。 20. 報告書第20至26頁專有名詞用語，建議加註英文或日文標示。	1. 有關失智照顧機構居住單元空間規劃設計原則相關建議，已於第4章高齡者失智照護機構環境改善策略芻議，研擬第2節高齡者失智照護空間規劃需求，及第3節

	高齡者失智環境設計基準手冊。 2. 專有名詞用語已統一於第1章第4節用語定義說明中補充英文內容。
21. 有關失智症人口數之推估，建議可敘明身心障礙人口統計中之失智症者人數，併為參考。	1. 依據內政統計通報(101年第9週)，至100年底止，台灣地區領有身心障礙手冊之失智症者計36,783人，但由於多數失智症患者並未列冊通報，且此項數據未針對高齡者。 2. 已修正研究內容如報告書第1章(詳第2頁)。

內政部建築研究所

102 年度自行研究「建築物無障礙設施設計規範解說手冊之研究」、「高齡者失智照護機構居住單元空間規劃之研究」等 2 案

期中審查會議紀錄

- 一、開會時間：102 年 8 月 13 日下午 2 時 30 分
- 二、開會地點：大坪林聯合開發大樓 15 樓第 3 會議室
- 三、主 席：王組長順治 記錄：邱助理研究員玉茹、靳研究員燕玲
- 四、出（列）席單位及人員：詳如簽到表
- 五、主席致詞（略）
- 六、業務單位報告：（略）
- 七、研究案主持人簡報：（略）
- 八、出（列）席人員發言要點：

（一）「建築物無障礙設施設計規範解說手冊之研究」案

王建築師武烈(依審查意見表登錄)：

1. 原住民 55 歲歸屬為老人。馬桶與洗臉盆淨距圖例應明確標示到扶手邊緣。出租國宅臥室、浴廁所留設之迴轉空間之直徑最小為 120cm（其中邊緣 15cm 內淨高 65cm 以上）、無障礙客房衛浴迴轉空間直徑規定不得小於 135cm，公共廁所迴轉空間直徑則規定不得小於 150cm，此三者差異應有明確解釋。
2. 原解說手冊（97 年出版）之解說文字可以參考納入，例如小便斗扶手及洗手台設扶手應於一般廁所內設置之緣由。
3. 可廣為收納常有解說不明之條文，作為設計及勘檢時之參考，若為解說手冊，其供解說之效用，應具官方地位。
4. 依既有改善認定原則第 10 條第 3 項第 5 款為樓梯無需改善情況，若既有扶手僅設於一側，另一側是否需要增設可再討論。
5. 銀行新建時被要求設置無障礙停車位，可否允許代客停車，對側停車之最大距離可否放寬？

楊建築師檔嚴(依審查意見表登錄)：

1. 請釐清第 11 頁之文字內容，「本研究提供通用設計住宅參考手冊」，是否為本次研究目標之一。
2. 室內無障礙通道目前規範為 120cm，是否需進一步研究其設置於不同情況時之適用性。
3. 建議進一步歸納分析各設施應採一體適用性或個別專用，並說明專用

之考量因素，以供設計者參考。

4. 視障引導設施建議研究共同語彙之可行性，以增加視障者之學習效率。
劉委員金鐘(依審查意見表登錄)：

1. 可多列舉歷年來通盤及特殊案例，尤其針對法條的精神及目的的解釋。
2. 針對新增或修正項目，應詳細敘述，並將來龍去脈說清楚，如小便斗扶手設置標準。
3. 餐廳之案例收集應將不同規模、型式分別提出樣本，以供參考。
4. 除設計規範以外，應將建築技術規則及既有改善原則一併研究。

陳教授政雄(依審查意見表登錄)：

1. 本研究案目的明確頗具實用性，值得肯定。
2. 無障礙生活環境之實現範圍包括：(1) 日常用具、(2) 生活輔具、(3) 建築設備、(4) 單元空間、(5) 建築物、(6) 環境等。第 6 頁目前以 (3)、(4)、(5) 為主，未能通用化。
3. 手冊中增加「錯誤設置」之圖示建議放在附錄。
4. 本研究增加視障、聽障、高齡者及幼兒之特性與環境需求，值得參考。

柯委員賢城(依審查意見表登錄)：

1. 案例的提供，應考量國內設備的提供來源，以避免採購不易。
2. 規範定義不清楚部分，應利用手冊圖例加強說明。如室外通路路面、出入口操作空間、門把距牆寬度、觀眾席通道寬度、自動門感應設備、活動扶手、靠背型式材質、自動沖水控制位置及淋浴間之活動座椅等。
3. 建議增列樓梯附掛式升降台案例。
4. 建議增列無障礙浴室及客房案例。

康委員佑寧(依審查意見表登錄)：

1. 名稱方面建議與 2008 年出版的「建築物無障礙設施設計規範解說手冊」做一區隔。並賦予本手冊可做為法令執行依據的位階。
2. 內容方面建議增加本手冊的使用方式，多數人對規範的 Q&A (問與答)。在案例方面如果使用相片說明，請標明常見的錯誤案例項目，例如一張相片內可能只有扶手是錯誤的，而不是設置高度的錯誤。
3. 在考量視障者的警示設備時，建議一併提醒設置的音量及音調限制，以避免擾鄰。

臺灣建築學會謝秉銓先生(依審查意見表登錄)：

1. 本研究的全貌無法從緒論中得知，雖然為期中報告，但建議將所有完整章節架構提出。
2. 第三章基本理念探討部份，似既有研究成果的介紹，本研究為選擇五類分析，應先予界定。

3. 無障礙客房建議獨立一章使其更完整。

營建署張技士志源(依審查意見表登錄)：

1. 第2頁建議就無障礙建築物專章修訂過程說明清楚，確定規範的使用範圍及精神。
2. 第8頁建議就專有名詞解釋附上英文。
3. 第20頁法令系統圖，請予以修正。
4. 第22頁建築技術規則係101年10月1日修正發布。
5. 解說手冊建議就著重常見無障礙設計不當處予以說明。
6. 請就規範解說手冊分類細目（無障礙通路、樓梯、廁所…等）再行思考，以利於一般人建築師查詢為原則。
7. 部分錯字應修正，如「既有公共建築物」、「無障礙建築物」專章、「草字」文字刪除。

衛生福利部社會及家庭署邱科員隽弘(依審查意見表登錄)：

1. 老年人口數與身心障礙者人口數互有重疊，報告中除分別呈現外，建議應敘明其重疊數，以詳實呈現上開兩族群合計所佔人口比例。
2. 報告中關於肢體障礙、視覺障礙、聽覺障礙者之定義，應引用101年6月18日行院衛生署衛署照字第1012862794號令修正發布之「身心障礙者鑑定作業辦法」。

計畫主持人回應（邱助理研究員玉茹）：

1. 本研究將參考委員意見，修正研究內容。
2. 本研究將以「建築物無障礙設施設計規範解說手冊」（97年出版）為基礎，參考各縣市政府建管單位無障礙相關法規執行現況，配合「建築物無障礙設施設計規範」新增及修正條文作修訂。

（二）「高齡者失智照護機構居住單元空間規劃之研究」案

王建築師武烈(依審查意見表登錄)：

本研究案收集各國現有失智老人機構的處理方式，針對未來我國機構的需求作出建議，研擬出參考手冊是值得鼓勵的，另原住民55歲為法定之老人。

楊建築師檔嚴(依審查意見表登錄)：

1. 摘要五、預期成果（一）…無障礙環境現況，…及（二）研提…無障礙基本標準…，惟本案研究似非僅針對無障礙環境之建置，文字可再修正。
2. 建議未來可探討住宅變更為居家照顧之法令條件，是否適度放寬之研究。
3. 逃生避難之規劃原則，如等待救援空間、雙向逃生、2個以上防火區劃、

消防救援等課題，建議納入研究。

劉委員金鐘(依審查意見表登錄)：

1. 報告書第74頁PEAP中的安全、安心的設計宜考量防止意外跌倒及傢俱的銳角消除等。
2. 報告書第73頁政府部門原社會司經組改後，名稱應配合修正。
3. 建議提醒相關部門應有配套措施，以配合推動辦理專業人員培訓機制。
4. 照顧中心之消防演練及逃生路線應有兩條。

陳教授政雄(依審查意見表登錄)：

1. 建議研究題目得修正為「失智型長期照顧機構居住單元空間規劃之研究」。
2. 行動不便者與生活不便者之需求有別，失智症屬後者，較重於社會參與，先要空間組織，再要求無障礙設施，可確保生活持續性、塑造家的感覺，同時，與社區關係有「街」的意象。
3. 丹麥高齡者照顧服務3原則，包括持續個人生活、尊重個人決定、發揮個人能力。

柯委員賢城(依審查意見表登錄)：

1. 對於失智、失聰又不能言語的高齡者，如何協助建置建築生活環境，如何防止其心理恐懼而發生的行為異常及安全管理。
2. 對於失智又不識字的高齡者，如何協助溝通及資訊提供。
3. 建議將日本小型多功能居家照顧機構納入研究修法參考。

康委員佑寧(依審查意見表登錄)：

1. 建議在定義部分敘明本研究案「居住單元空間」之空間組成，是否包括公共使用空間及照顧者使用空間。
2. 建議比較一般照顧機構與失智者照顧機構的居住單元空間兩者之差異性。

臺灣建築學會謝秉銓先生(依審查意見表登錄)：

1. 高齡者照護機構單元與高齡者失智照護機構的界定，在國外文獻中建議區分清楚。
2. 有關國外案例的介紹，建議加入圖說，可使讀者更為清楚瞭解。

營建署張技士志源(依審查意見表登錄)：

1. 建議結論提出失智照顧機構居住單元空間規劃設計原則相關建議。
2. 報告書第20至26頁專有名詞用語，建議加註英文或日文標示。

衛生福利部社會及家庭署邱科員雋弘(依審查意見表登錄)：

有關失智症人口數之推估，建議可敘明身心障礙人口統計中之失智症者人數，併為參考。

計畫主持人回應（靳研究員燕玲）：

1. 本研究將依委員意見，修正研究內容。
2. 本研究探討之高齡失智者，以經醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象，暫未考量合併患有肢體障礙者之需求，建議策略擬以空間組織促進社會參與為主，環境無障礙為輔。
3. 有關住宅變更為居家照顧設施之法令及消防逃生避難、專業人員培訓機制、日本小型多功能居家照顧機構等課題，將納入後續研究規劃參考。

九、主席結論：

- （一）本次會議 2 案期中報告，經審查結果原則通過。
- （二）請詳細紀錄與會專家學者及出席代表意見，並請計畫主持人參採，於期末報告回應，並如期如質完成研究計畫。

十、散會（下午 4 時 30 分）。

參考書目

- 內政部社會司(2007) 《96年度赴日考察失智症老人照顧及老人住宅推展情形計畫報告書》
- 內政部(2012) 《內政統計通報(101年第9週)》
- 朱嘉義(2001) 《行政院國軍退除役官兵輔導委員會考察香港安養機構報告》，行政院研究發展考核委員會公務出國報告資訊網 (<http://report.nat.gov.tw/ReportFront/index.jspx>)。
- 邱銘章、湯麗玉(2011) 《失智症照護指南》2012增訂字體加大版，原水文化。
- 陳政雄(20?) 《如何營造失智症老人生活環境》
- 蔡錦墩(2012) 〈失智者健康生活環境規劃與經營〉，如何營造失智症安心的社區生活研討會，台北醫學大學，2012年7月14日。
- 黃美娜(2006) 《日本長期照顧機構參訪報告》，行政院研究發展考核委員會公務出國報告資訊網 (<http://report.nat.gov.tw/ReportFront/index.jspx>)。
- 黃耀榮(2009) 〈環境設計的介入措施與情境治療〉，《輔具之友》，25:23-31。
- 莊秀美(2004) 〈長期照護的新趨勢日本的小團體單位照護〉，《社區發展季刊》，106:345-357。
- 曾思瑜(2009a) 〈美日兩國有關高齡者照護環境評估量表之比較分析〉，《建築學報》69:191-210。
- (2009b) 〈採用日本PEAP照護環境評估量表的高齡者機構環境營造案例〉，《建築師》35:91-97。
- (2011) 《高齡者居住空間規劃與設計》，台北，華都文化事業有限公司出版。
- 林田富(2012) 《赴北歐考察老人福利服務計畫》。
- Coltharp, W. Jr., Richie, M.F., & Kaas, M.J. (1996).

“Wandering.” Journal of Gerontological Nursing, 22(11), 5-10.

児玉桂子、足立啓、下垣光、潮谷有二（2009）《認知症高齢者が安心できるケア環境づくり 実践に役立つ環境評価と整備手法》，彰国社出版。

児玉桂子／古賀誉章／沼田恭子／下垣光／編集（2010）《PEAPにもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル》，中央法規出版。

坂本啓治（2007）《イラストでみる認知症高齢者のためのしつらえユニットケアと小規模多機能施設》，学芸出版社。

失智型長期照顧機構居住單元空間規劃之研究

內政部建築研究所自行研究報告

102年度

失智型長期照顧機構居住單元空間規劃之研究

出版機關：內政部建築研究所

電話：（02）89127890

地址：新北市新店區北新路3段200號13樓

網址：<http://abri.gov.tw>

出版年月：102年9月

版（刷）次：第1版

工本費：元

GPN：

ISBN：

